



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**PERCEPCIÓN DE LA PERSONA CON OBESIDAD SOBRE SU  
DINÁMICA FAMILIAR, CUENCA. 2016.**

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA  
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGISTER  
EN INVESTIGACIÓN DE LA SALUD

**Autora:** Dra. Miriann Alexandra Mora Verdugo  
CI: 0301625497

**Director:** Dr. José Humberto Sola Villena  
CI: 1704367315

**Asesor:** Dr. Fray Cleiton Martínez Reyes  
CI: 0102032679

**Cuenca – Ecuador**

**2017**



## **Resumen:**

**Antecedente:** Al analizar la familia no se trata de adoptar el concepto de la cultura occidental que indica es un grupo formado por marido, mujer e hijos <sup>1</sup>. La familia es vista como un sistema, padres e hijos son subsistemas que interactúan<sup>2</sup>. Muchas veces esta parte es invisible. Distintas disciplinas han estudiado a la familia pero los resultados que presentan son fragmentados<sup>3</sup>. No se analiza a profundidad la dinámica familiar, en su estructura, su tipología, jerarquía, roles, holones, triangulaciones, relaciones, pautas repetitivas, funcionalidad. Las personas con obesidad son una de las poblaciones con problemas físicos, sociales, psicológicos, que obligan al sistema familiar ajustarse a nuevas circunstancias.

**Objetivo:** Describir la percepción de personas con obesidad sobre su dinámica familiar.

**Metodología:** Estudio cualitativo fenomenológico, las respuestas se categorizaron en estereotipo familiar, eventos de la vida, dificultad para el desplazamiento, rol de género, autoridad patriarcal, falso apoyo. Se aplicó una entrevista a profundidad a la persona índice (con obesidad), mediante la aplicación del familiograma y test de FF-SIL. La muestra se saturó con 23 entrevistas.

**Resultados:** Encontramos que la estructura familiar de las personas con obesidad es de diferente tipo, presentándose más familias nucleares. La disfunción familiar sobresalió en las personas con obesidad severa. El discurso de los entrevistados permitió identificar representaciones sociales consolidadas.

**Conclusiones:** la obesidad es una pauta repetitiva, con roles definidos, con enfoque de género, lo cual dificulta la pérdida de peso porque los familiares no brindan un apoyo verdadero.

.

## **Palabras claves:**

**DINAMICA FAMILIAR, ESTRUCTURA FAMILIAR, FUNCIONALIDAD, OBESIDAD**



## **ABSTRAC**

**Background:** When analyzing the family, it is not a question of adopting the concept of Western culture, which indicates a group formed by husband, wife and children<sup>1</sup>. The family is seen as a system, parents and children are subsystems that interact<sup>2</sup>. Many times this part is invisible. Different disciplines have studied the family but the results they present are fragmented<sup>3</sup>. It is not analyzed in depth the family dynamics, in its structure, its typology, hierarchy, roles, holons, triangulations, relationships, repetitive patterns, functionality. People with obesity are one of the populations with physical, social and psychological problems that force the family system to adjust to new circumstances.

**Objective:** To describe the perception of people with obesity about their family dynamics.

**Methodology:** Qualitative phenomenological study, the answers were categorized in family stereotype, life events, difficulty to the displacement, gender role, patriarchal authority, false support. An in-depth interview was applied to the index person (with obesity), through the application of familiogram and FF-SIL test. The sample was saturated with 23 interviews.

**Results:** We found that the family structure of people with obesity is of different type, presenting more nuclear families. Family dysfunction excelled in people with severe obesity. The interviewees' discourse allowed us to identify consolidated social representations.

**Conclusions:** Obesity is a repetitive pattern, with defined roles, with a gender focus, which makes it difficult to lose weight because family members do not provide real support.

**Keywords:** FAMILY DYNAMICS, FAMILY STRUCTURE, FUNCTIONALITY, OBESITY



## INDICE

Resumen .....	2
Cláusula de Reconocimiento del Derecho de la Universidad para publicar el documento .....	6
Cláusula de Responsabilidad .....	7
Dedicatoria: .....	8
Agradecimiento .....	8
1. INTRODUCCIÓN .....	9
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	10
3. JUSTIFICACIÓN .....	11
4. OBJETIVOS .....	12
<b>CAPÍTULO I</b> .....	13
MARCO TEÓRICO .....	13
1. FAMILIA .....	13
1.1 Subsistemas familiares .....	15
1.2 Roles familiares .....	15
1.3 Estructura de la familia .....	15
1.4 La Funcionalidad Familiar .....	17
1.5 Relaciones familiares .....	17
1.6 Crisis Familiares .....	18
2. OBESIDAD .....	19
3. REPRESENTACIONES SOCIALES .....	20
3.1 Teoría de la representación social .....	21
3.2 Tipos de Representaciones Sociales .....	25
<b>CAPÍTULO II</b> .....	26
METODOLOGÍA .....	26
MATERIALES Y MÉTODO .....	26
TIPO Y ÁREA DE ESTUDIO .....	28
SELECCIÓN DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS Y OBSERVACIÓN DEL PACIENTE. ....	28
PERFIL DE LOS PARTICIPANTES .....	28
ANÁLISIS DE LA ENTREVISTA .....	31
TÈCNICAS DE ANÀLISIS .....	32



ASPECTOS ÉTICOS.....	32
RESULTADOS DE LAS PERSONAS CON OBESIDAD .....	32
1. Características demográficas de los entrevistados .....	32
2. Configuraciones familiares de los entrevistados .....	34
3. Las representaciones sociales según las categorías.....	37
5. Resultados de los profesionales entrevistados (Triangulación).....	60
7. Resumen del análisis .....	74
DISCUSIÓN.....	75
CONCLUSIONES .....	78
RECOMENDACIONES .....	79
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	80
ANEXOS: .....	86
ANEXO 1 .....	86
<b>RECURSOS FINANCIEROS</b> .....	86
ANEXO 2 .....	87
<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b> .....	87
Anexo 3.....	88
<b>ENTREVISTA</b> .....	88



### **Cláusula de Reconocimiento del Derecho**

*Miriann Alexandra Mora Verdugo* autora del Trabajo de Titulación “Percepción de la persona con obesidad sobre su dinámica familiar. Cuenca 2016”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Master en Investigación de la Salud. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora

Cuenca, 17 de marzo de 2017

Miriann Alexandra Mora Verdugo

C.I: 0301625497



### **Cláusula de Responsabilidad**

Miriann Alexandra Mora Verdugo, autora del Trabajo de Titulación “Percepción de la persona con obesidad sobre su dinámica familiar. Cuenca 2016”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 17 de marzo de 2017



---

Miriann Alexandra Mora Verdugo  
C.I: 0301625497



### **Dedicatoria:**

Con mucho cariño y admiración  
dedico este trabajo a mi esposo, que  
es un ángel que ilumina mi vida y  
está conmigo en todos los  
buenos y malos momentos

### **Agradecimiento**

A mi director de tesis por su dedicación,  
a las personas que aceptaron participar  
en la elaboración de este trabajo.



## 1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación trata de la percepción de las personas obesas sobre su dinámica familiar, se ha estudiado los factores genéticos, endócrino, dietéticos de la obesidad, pero no se ha profundizado en lo familiar, sobre todo, en la dinámica familiar, la misma que es analizada, centrándose en su estructura y dinámica interna<sup>4</sup>. Para estudiar a la familia no sólo se tomará la definición de la cultura occidental que la considera como un grupo formado por marido, mujer e hijos<sup>1</sup>, también se enfocará el aspecto biopsicosocial y las diversas funciones que cumple la familia.

La familia se encuentra en constante cambio, lo cual ha influido en la dinámica interna familiar <sup>4</sup>, ella se adapta a los influjos que actúan sobre la sociedad <sup>5</sup>. También la familia es la unidad básica del desarrollo o el fracaso, nos ayuda en la inserción social, en la transmisión de valores, nos señala las normas dentro y fuera del hogar, dispone un orden jerárquico en donde a cada miembro se le asigna un rol, que la lleva a cumplir con los fines de la familia<sup>5</sup>.

En este trabajo el objetivo es describir la percepción que tiene la persona con obesidad sobre su dinámica familiar, para lo cual se realizó un estudio cualitativo de tipo fenomenológico, se aplicó una entrevista semiestructurada a la persona índice (obesidad), los discursos fueron transcritos para luego identificar la idea núcleo con su modo de predica y grado referencia lo cual ayudó analizar las categorías estudiadas e identificar la presencia de representaciones sociales consolidadas.

Los resultados de este estudio demuestran que las familias de las personas con obesidad son de todos tipos: extensas, ampliadas, reconstituidas, monoparentales en su mayoría fueron familias nucleares, la funcionalidad familiar fue evaluada con el test FF-SIL detectando que las persona con obesidad moderada tiene mayor disfunción familiar, las mismas se presentan con triangulaciones negativas siendo lo más frecuente la de madre e hijos encontrar del padre , el subsistema de pareja esta respetado por los miembros de la familia.

Las respuestas se categorizaron en estereotipo familiar, eventos de la vida, rol de género, autoridad patriarcal, falta de apoyo que son representaciones sociales consolidadas



mientras que la dificultad para el desplazamiento y las relaciones familiares no encajaron dentro de las representaciones sociales.

En conclusión la obesidad es una pauta repetitiva, con roles definidos, con enfoque de género, lo cual dificulta la pérdida de peso, porque los familiares no brindan un apoyo verdadero.

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Peroni (2005) realizó un estudio cualitativo sobre Obesidad infantil, encontrando que los estilos de vida son dinámicos y que depende de los factores protectores y de riesgo para la mal nutrición en cada tipo de familia<sup>6</sup>. En Sao Paulo 2011, se estudió a la familia y el ejercicio físico, donde se concluyó que el ejercicio aeróbico practicado regularmente con la familia disminuye la presión arterial en personas mayores con hipertensión<sup>7</sup>.

También un artículo sobre la adicción a la comida en la niñez y familia, menciona que una revisión previa que se realizó a la familia, encontró variables familiares que tienen una influencia en los patrones de alimentación infantil, incluyendo los patrones disfuncionales de interacción familiar, además, señala que el modelo de los padres con prácticas de alimentación son perjudiciales<sup>8</sup>. Nielsen (2015) estudia la predisposición familiar e indica que existe una interacción entre los factores genéticos y ambientales, por eso recomienda que se debe indagar la historia familiar en niños obesos hasta parientes de segundo grado en forma obligatoria<sup>9</sup>. Esto demuestra que la familia juega un papel importante en el proceso de la enfermedad. Explica que al interactuar adecuadamente en los subsistemas que son cada miembro de la familia ayudan en la recuperación de una persona<sup>9</sup>.

Un estudio realizado en el 2013 detectó que la estructura familiar, desarrollo y funcionalidad en pacientes hipertensos, son aspectos relacionados con los factores que interfieren, perjudican o favorecen en el cuidado cotidiano de pacientes hipertensos<sup>10</sup>

En Ecuador no se han realizado estudios cualitativos sobre la estructura familiar, siendo un grupo vulnerable los pacientes con obesidad. En una atención médica se investiga sobre signos y síntomas de la enfermedad, se hace un análisis y se otorga una receta para la patología, pero la vida familiar no se estudia a profundidad, sabiendo que esta es la base de la sociedad. El médico tradicionalmente se enfoca en la morbilidad, en lo visible, buscando cuantificar, poniendo en práctica la formación positivista (causa efecto) lo que es



más evidente, cuando el especialista deja de lado al ser humano y a su entorno, lleva a un análisis superficial de la situación. A fin de cuentas no se llega a conocer nada del paciente, por lo tanto, no se soluciona en su totalidad el problema, el mismo debe analizarse desde el interior de la familia, de esta forma la persona será comprendida de manera holística.

Con lo expuesto anteriormente, la pregunta que me planteo es, ¿Qué percepción tiene la persona con obesidad sobre su dinámica familiar?

### 3. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación pretende analizar la dinámica familiar en su estructura, el comportamiento de sus integrantes y la dinámica interna en las personas con obesidad mórbida. Es importante conocer la realidad interna de este grupo de personas con obesidad que han sido estudiadas cuantitativamente, pero en la parte subjetiva no se han realizado investigaciones sobre este hecho en nuestro medio.

Estudios de cohorte encontraron la asociación de la obesidad de los abuelos y padres con la presencia de la obesidad en adolescentes <sup>11</sup>, se ha estudiado la obesidad y cultura obteniendo que la prevalencia de la obesidad en la población Jaguapiru es más alta que de la población brasileña<sup>12</sup>. Winter, investigó los marcadores genéticos relacionados con genes de la obesidad *FTO* y *MC4R* y el gen de la diabetes mellitus tipo 2 *TCF7L2*, por su contribución al riesgo de accidente cerebrovascular y ataques isquémicos transitorios (AIT) <sup>13</sup>. En Noruega, se estudió la asociación entre el peso al nacer y la distribución de la grasa, que parece estar influenciado por el sobrepeso de los padres. El bajo peso al nacer está asociado con la adiposidad central en los hijos de padres con sobrepeso <sup>14</sup>.

Un estudio utilizó el marco biotecnológico cualitativo para explorar la influencia de factores familiares y de compañeros con la obesidad en adolescentes afroamericanos de bajos ingresos económicos, determinado que los hallazgos sugieren que estos interactúan de diferentes maneras con respecto a su comportamiento en el estado de salud y peso, por lo que proponen que hay que mejorar la comunicación con los padres <sup>15</sup>.

A su vez, se estudió el funcionamiento familiar en relación a la cirugía bariátrica cuyos resultados recomiendan cambiar la visión individualista a una perspectiva de familia <sup>16-17</sup>

Es importante conocer aquellos aspectos subjetivos que no se reflejan en los estudios citados. Mediante esta investigación se podrá conocer la dinámica familiar de un grupo de personas con obesidad que muchas de las veces tiene que adaptarse. Este estudio aporta



en el área de investigación del Sistema Nacional de Salud y sigue la línea de investigación en Atención Primaria de Salud.

#### **4. OBJETIVOS**

##### **Objetivo General**

Describir la percepción de las personas con obesidad sobre su dinámica familiar

##### **Objetivos específicos**

1. Reconocer la estructura familiar, subsistemas familiares, dinámica interna (roles, alianzas, límites, triangulaciones, relaciones, pautas repetitivas, funcionalidad), comportamiento, mediante la elaboración del familiograma y test de funcionalidad familiar (FFSIL.)
2. Conocer cómo la persona con obesidad interactúa con su ambiente familiar.



## **CAPÍTULO I**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **1. FAMILIA**



Por los cambios en las dinámicas familiares, es difícil dar una definición concreta de lo que es familia. Partiremos de los primeros conceptos, donde el nombre de “familia se daba al conjunto formado por esposas, hijos, esclavos y sirvientes que eran propiedad del *pater* familias quien poseía la patria potestad y ejercía el derecho sobre la vida y la muerte de todos ellos” <sup>1</sup>.

La OMS la define como personas con cierto grado de parentesco por sangre, adopción que vive juntos en un espacio físico. Si se la ve con fines estadísticos a más de lo anterior se añade que comen de la misma olla <sup>2</sup>. Según Torres, Ortega, Garrido y Reyes (2008) la familia, es “un sistema de interrelación biopsicosocial que media entre el individuo y la sociedad y se encuentra integrada por un número variable de individuos, unidos por vínculos de consanguinidad, unión, matrimonio o adopción”<sup>5</sup>.

Las características de una familia son las mismas de un sistema natural abierto ya que las acciones de cada uno de sus miembros repercuten en los otros miembros. Frente a una crisis hay familias que se adaptan a una situación, mientras que otras pierden el control incidiendo en proceso de salud enfermedad y en el funcionamiento familiar<sup>18</sup>.

Según la teoría de Steinglass, la familia es como una unidad organizada integrada por individuos y subsistemas (holones) a través de los cuales cumple sus funciones<sup>1</sup>.

La dinámica familiar, es un proceso en el cual intervienen interacciones como la secuencia de hechos, la negociación, los sentimientos, lo que se desea lograr o conseguir y el medio que se utiliza para esto; las motivaciones, necesidades y pautas de comportamiento entre los integrantes de la familia que se desarrolla en contextos diferentes<sup>19</sup>.

El estudio hermenéutico de Gallegos recopila algunos aspectos sobre la dinámica familiar siendo estos el de Franco, que “señala tres aspectos básicos relacionados con la familia” <sup>5</sup>.

- El primero, hace referencia a que la familia como estructura es cambiante, esto obedece al periodo histórico y social de cada época;
- El segundo, alude a que en el grupo familiar se da el proceso de socialización primario; este tiene como objetivo, que los hijos se comporten de acuerdo a las exigencias vigentes del contexto;
- Finalmente, todo grupo familiar tiene su dinámica interna, refiere al contexto familiar, a las interacciones que allí se tejen entre cada miembro de la familia, las responsabilidades que tienen en la toma de decisiones, la participación en el hogar y la dinámica externa, que es la relación con la comunidad<sup>5</sup>.



Es decir, la dinámica familiar son vínculos atravesados, de intercambio, de poder, de conflictos que se dan entre los miembros de la familia<sup>5</sup>, ésta, es considerada como un sistema que puede tener subsistemas.

### 1.1 Subsistemas familiares

**Subsistema conyugal.** Una pareja está unida para conformar una familia que se complementa, tiene sus reglas, espacio psicosocial propio, pueden constituirse en el refugio ante el estrés y para el contacto con otros sistemas<sup>1,2</sup>.

**Subsistema paterno.** Con el nacimiento de un hijo surge un nuevo subsistema con lo que se reorganizan las funciones familiares, como asumir un nuevo rol, el de padres<sup>1,2</sup>.

**Subsistema fraterno.** Es el entorno en el que se experimenta una relación entre hermanos<sup>1,2</sup>.

**Subsistema Individual.** Corresponde a cada individuo de la familia, lo cuales debe cumplir una función o rol<sup>1,2</sup>.

### 1.2 Roles familiares

**Roles en el interior de la familia.** Se dan de acuerdo a la posición y jerarquía dentro del sistema familiar y puede ser de esposos, parental, hermanos, donde cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar<sup>1-2</sup>. Los roles identificados son idiosincráticos y tradicionales.

**Roles idiosincráticos** dan identidad a la persona dentro la relación, son líderes, saboteador y portavoz<sup>19</sup>.

**Roles tradicionales**, se transmiten de generación en generación en donde el padre es el proveedor único, la madre cuidadora del hogar, los hijos la obligación de estudiar o de ayudar al padre o a la madre de acuerdo a las actividades de género<sup>19</sup>.

### 1.3 Estructura de la familia

La estructura familiar es el conjunto de personas que integran el grupo familiar, se distribuyen en el núcleo familiar y tiene un orden jerárquico que se establece de acuerdo a los roles<sup>19</sup>. Permite explorar a la familia desde la parte biológica (patrones o pautas



repetitivos, factores de riesgo), psicológico (actitudes ante la enfermedad como depresión, suicidios), social (estilos de vida, funcionamiento y estructura familiar) <sup>1-20</sup>.

La información se obtiene en base a la persona índice como tiempo de matrimonio o de unión, sexo, orden de nacimiento de los hijos, ocupación, alianzas o coaliciones, conflictos, defunciones, factores de riesgo, con sus tres generaciones delimitando quienes viven juntos; todo esto sirve para señalar la forma de organización e interacción, los subsistemas, la autoridad, los límites, la funcionalidad familiar y sus relaciones <sup>1-2-3</sup>.

Para el estudio de las familias es importante conocer su espacio geográfico y tipología, la misma que puede ser clasificada por una diversidad de puntos de vista: familia de origen y familia de procreación, por su conformación estos tipos de familia son: <sup>2</sup>

**Familia extensa**, conviven más de dos generaciones.

**Familia ampliada**, cualquier tipo de familia que se amplía con la llegada al hogar de un pariente consanguíneo.

**Familia Nuclear**, conformada por dos individuos adultos de distinto sexo, ósea padres e hijos que puede subclasificar por la cercanía de otros parientes, puede ser **familia nuclear con parientes próximos** viven en el mismo barrio o pueblo y tenemos la **familia nuclear sin parientes próximos**. Además por los núcleos de hijos tenemos:

**Pareja sola**, esta pareja empieza o no tienen hijos o de adultos mayores.

**Familia Mononuclear** es la familia típica cuando tiene más de cuatro hijos, es una familia numerosa<sup>2</sup>.

**Familia Binuclear o reconstituida**: tiene dos núcleos de hijos que viven en la misma casa (divorciado, viuda que se volvió a casar)<sup>2</sup>.

**Familia trinuclear**: reconstituida con dos núcleos de hijos y el hijo que tienen en común<sup>2</sup>.

De acuerdo al ciclo vital pueden ser tradicionales o modernas; por la demografía pueden ser urbanas-rurales; por la dinámica y relaciones funcionales-disfuncionales; por la ocupación del jefe de la familia, campesinas, obreras, profesionales, comerciantes<sup>1-2</sup>.

Por la presencia de los padres. Familias con padres ausentes, familia monoparental está constituida por padre o madre y sus hijos. Además tenemos los equivalentes familiares:





adultos que conviven en un mismo lugar sin constituir un núcleo familiar (amigos que viven juntos, parejas de homosexuales) <sup>1-2</sup>.

Javier Elzo refiriéndose a la familia actual, su función educadora; indica que existen cuatro modelos de familia nuclear; Familia familista o endogámica 23,7%, familia conflictiva 15%, familia nominal 42,9%, familia adaptativa 18,4% <sup>21</sup>, en función de los valores finalistas de los padres y su capacidad socializadora<sup>21</sup>.

#### 1.4 La Funcionalidad Familiar

Ayuda a determinar si los miembros de la familia tienen una óptima relación así como su funcionamiento intrafamiliar<sup>1-2</sup>, ya que en la familia pueden darse varias alineaciones entre ellas están:

**La cohesión** que es la unión de la familia en forma físico emocional, como afrontar diferentes circunstancias y tomar las decisiones de las actividades cotidianas<sup>1-2</sup>.

**En la armonía** se ve como concuerdan los intereses y necesidades individuales y familiares, lo cual lleva a un armonía emocional positiva<sup>1-2</sup>.

**Con la comunicación**, los miembros de la familia pueden transmitir lo que han vivido de forma clara y directa<sup>1-2</sup>.

**La afectividad** es la capacidad que tienen los integrantes de la familia para experimentar y manifestar sentimientos, emociones positivas unos a los otros<sup>1-2</sup>.

**La adaptabilidad**, es la capacidad de la familia para cambiar su estructura de poder, la relación de roles y las reglas familiares ante una situación que lo requiera<sup>1-2</sup>.

**La Permeabilidad**, es la habilidad de la familia de compartir y recibir costumbres y vivencias de otras familias e instituciones familiares <sup>1-2</sup>.

Por otra parte tenemos las relaciones familiares que no precisamente definen a los individuos sino más bien es la familia en sí<sup>19</sup>.

#### 1.5 Relaciones familiares

- **Relación simétrica:** se da de igual a igual, se basa en la competencia, al hacerse crónica el riesgo es la “escala simétrica” que se manifiesta con disfuncionalidad y desacuerdos.

- **Relación complementaria:** la jerarquía está puesta en uno solo de los integrantes de la familia, es cambiable ya que se presenta de acuerdo a las circunstancias que vive la familia.
- **Relación meta-complementaria:** la jerarquía solo le pertenece a uno de los miembros familiares es independiente de la circunstancia, sólo una voz es la que manda y no existe lugar al debate.
- **Relación paralela:** “se fortalece el desarrollo individual como facilitador del desarrollo de ambos, sus integrantes se conducen sincrónicamente fortaleciendo el adentro y el afuera de la misma” <sup>19</sup>.

Cada familia tiene patrones sistemáticos y características propias que cambian de acuerdo al ciclo vital. Los miembros de la familia cumplen etapas en donde cada uno cumple tareas. Entre cada cambio de etapa, se presentan dificultades que se manifiestan como crisis<sup>19</sup>. La familia es un sistema que se encuentra en constante transformación<sup>3</sup>, lo cual le hace experimentar crisis que son entendidas como una oportunidad o peligro, depende de la reacción que presenten los miembros de la familia a este cambio, las crisis pueden ser Normativas y Para-normativas <sup>2</sup>

### 1.6 Crisis Familiares

**Crisis normativas o evolutivas:** son aquellos eventos que los miembros de la familia esperan que sucedan, a los cuales se enfrentan y adaptan, lo que favorece que regresen a un equilibrio como parte normal de su ciclo de vida (el matrimonio, el nacimiento de un hijo) <sup>2-22</sup>.

**Crisis para-normativas o Inesperadas** los miembros de la familia no esperan que se presenten tales sucesos, ya que aparecen de una forma brusca e inesperada, no estaban planificadas dentro del ciclo familiar como la pérdida de forma inesperada de un miembro de la familia, una enfermedad, divorcio o separación<sup>22</sup>

Un estudio realizado por Cabello (2009) sobre “Aspectos intrapersonales y familiares asociados a la obesidad, con un “análisis fenomenológico”, identificó que los hábitos alimenticios familiares fueron un fuerte detonador de la obesidad; se encontró que la obesidad en la edad adulta, se daba principalmente después de tener el último hijo y que algunos que no tienen pareja actual, tenían más insatisfacción de sus cuerpos<sup>23</sup>.

Para saber cómo una persona se mantiene saludable o cómo lleva una enfermedad es necesario conocer sus condiciones de vida, comprender cómo se desarrolla dentro de un grupo social que es la “familia”<sup>23</sup>. Los miembros de una familia se encuentran estrechamente unidos, por eso cualquier modificación en uno de ellos va a producir consecuencias en la familia,

En México en el año 2007 estudiaron los aspectos intrapersonales y familiares asociados a la obesidad, cuyos resultados mostraron que “los patrones de dieta y las preferencias por ciertas actividades se forman dentro del contexto de la familia y que el desarrollo de la obesidad involucra una compleja serie de factores en múltiples contextos que interaccionan colocando a la persona en riesgo de tener sobrepeso y obesidad”<sup>23</sup>.

## 2. Obesidad

La obesidad es una enfermedad crónica no transmisible<sup>24</sup>, se caracteriza por el aumento de grasa corporal cuyo Índice de Masa Corporal es  $\geq 30$  (kg/mt<sup>2</sup>)<sup>24</sup>. Es un problema de salud pública que afecta lo físico, psicológico y social, constituyéndose un riesgo para la salud que altera la calidad de vida<sup>25</sup>. Su prevalencia en el Ecuador es de 13 % en mayores de 18 años<sup>26</sup> y la obesidad mórbida en la ciudad de Cuenca es de 1,3%<sup>27</sup>. La OMS clasifica a los pacientes con obesidad por su IMC de la siguiente manera<sup>25</sup>:

Clasificación de la obesidad según la OMS

Clasificación	IMC (kg/mt <sup>2</sup> )
Obesidad Grado I o moderada	30-34,9
Obesidad Grado II o severa	35-39,9
Obesidad Grado III o mórbida	$\geq 40$

Fuente: OMS

Realizado por: Miriann Mora

“En su etiopatogenia se considera que es una enfermedad multifactorial”, se reconoce que influyen en la misma, factores genéticos, ambientales, metabólicos y endocrinológicos<sup>25</sup>. El 2 al 3% de las personas obesas tendría como causa alguna patología endocrinológica, entre las principales estaría el hipotiroidismo, síndrome de Cushing, hipogonadismo y lesiones hipotalámicas asociadas a hipofagia<sup>25</sup>.



La investigación de Cabello reveló que “los hábitos alimenticios personales y familiares, estilos de vida, tradiciones y patrones de alimentación familiares, así como, el uso de la comida, fueron factores importantes en la génesis de la obesidad”<sup>23</sup>.

Por otro lado, el estudio de casos y controles realizado en niños obesos sobre la disfuncionalidad familiar señala que no existe asociación entre disfunción familiar y obesidad, pero hubo más familias disfuncionales entre los niños obesos y hay que identificar si estas alteraciones propician un ambiente obesógeno<sup>28</sup>.

En Brasil al realizar un estudio entre obesidad, comida y familia los resultados se clasificaron en dos temas principales de orden superior<sup>29</sup>. La primera describe el papel de la alimentación en la relación entre padres e hijos y la segunda, la organización del grupo familiar. Recomiendan que las interrelaciones entre los alimentos y la dinámica de la familia deban ser consideradas en el desarrollo de estrategias terapéuticas para los adolescentes obesos brasileños y sus familias. Estas estrategias deben incluir a los hermanos, así como a los abuelos<sup>29</sup>.

Además hay un estudio que lleva de título “Lecciones aprendidas sobre el mantenimiento del peso primaria y el mantenimiento de peso secundaria: son el resultado de un estudio cualitativo”. Los factores identificados como importantes en el mantenimiento de peso saludable son aquellos potencialmente modificables con la vida-entrenador, la nutrición, el ejercicio y las intervenciones cognitivas, apoyo entre pares y si toda la familia se incorpora mejor<sup>30</sup>.

La acumulación excesiva de grasa, puede causar en forma secundaria alteraciones en la regulación, metabolización y secreción de diferentes hormonas, por lo que se puede considerar a la obesidad como una enfermedad crónica, multifactorial en su origen y que se muestra con una amplia gama de fenotipos<sup>25</sup>. También es importante saber qué existe detrás del comportamiento de las personas con obesidad, en este punto nos ayuda la teoría de las representaciones sociales.

### **3. REPRESENTACIONES SOCIALES**

#### **Historia de la Representación Social**



Durkheim en el año 1898 plantea la teoría de las representaciones colectivas como formas de conocimiento o ideas creadas socialmente sin que éstas puedan ser explicadas desde la psicología individual. En el año de 1960 Moscovici con la finalidad de reformular la teoría de Durkheim utiliza el término de las representaciones sociales, su investigación se inició con Moscovici en el año 1961, pasando de ser un término, a una teoría<sup>31, 32</sup>.

Por otra parte, se planteaba que las diferentes corrientes del pensamiento están atravesadas por lo individual y lo social, pero no se establecía qué determinantes del conocimiento y conducta tenían prioridad, ya sea lo individual o la red de relaciones humanas. Las representaciones sociales surgen para articular los sistemas colectivos de significado (creencias, opiniones estereotipos, teoría implícita de la personalidad). Moscovici plantea que las creencias pueden ordenar a grupos de personas, y estas no pueden ser validadas, ya que no están sujetas a las leyes de la no contradicción<sup>33</sup>.

### 3.1 Teoría de la representación social

La representación social no pertenece a una disciplina determinada, por eso que existen diferentes significados en las distintas ciencias humanas, como en las especialidades que se aplican<sup>33</sup>.

*“La representación social es definida como sistemas cognitivos con una lógica y un lenguaje propio. No son simples opiniones, imágenes o actitudes en relación algún objeto, sino teorías. Son áreas de conocimiento para el descubrimiento y organización de la realidad, son valores, ideas y prácticas que con un orden admite, a los individuos orientarse en un mundo material y dominarlo. Así como permitir la comunicación entre los miembros de una comunidad, al proveerlos de un código en el intercambio social, para nombrar, clasificar con claridad aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal”<sup>32</sup>*

Hay conceptos propuestos por Pierre Bourdieu quien establece: <sup>34</sup>

- Las nociones de estructura y el agente establece que los *habitus* desempeñan un papel importante en las representaciones sociales y como se posicionan los agentes.
- Las representaciones sociales y los *habitus* constituyen conceptos homólogos y que construyen estrategias que los agentes utilizan para desenvolverse dentro de su campo y espacio social.



Moscovici propone que existen dos mecanismos que participan en la construcción de la representación social que son la objetivación y el anclaje. Estos expresan como lo social transforma un conocimiento en representación y como la misma transforma lo social<sup>35</sup>.

La representación social es una forma de pensamiento social porque surge en un contexto de intercambios cotidianos de ideologías y acciones sociales entre los personas de un grupo social<sup>34</sup>. Es un conocimiento que surge y se comparte en un grupo, presenta una dinámica individual lo cual refleja la diversidad de los agentes y la pluralidad de sus construcciones simbólicas<sup>34</sup>.

Según Moscovici, las representaciones sociales son la elaboración de un objeto social que le permite a la sociedad comunicarse y conducirse<sup>33</sup>. Las representaciones sociales no son medibles ni posee variables predeterminadas, se construyen a partir de toda acción humana<sup>36</sup>.

Moscovici razona que estas son sistemas de valores, ideas, prácticas con dos funciones:

- La primera constituye un orden que instruye a las personas para ubicarlas en un mundo material, social y dominarlo.
- La segunda es la comunicación que les permite formar parte de los miembros de una comunidad aplicándoles un código para el intercambio social y un código para nombrar y clasificar, de una manera no confusa los aspectos de su mundo, de su historia individual y de grupo<sup>33</sup>.

Por su parte, Bourdieu ve a las representaciones como algo colectivo. Moscovici no está de acuerdo con este término y propone el calificativo social, para caracterizarlas ya que propone que las mismas no son homogéneas, sino heterogéneas, plural, diversas entre el grupo social. Los diferentes grupos sociales al abordar la palabra colectiva se enfatiza en la pluralidad y su diversidad dentro del grupo dándose intercambios sociales mediante la comunicación<sup>34</sup>.

Moscovici además, indica que las representaciones sociales son la forma como se elabora y manifiesta un comportamiento, un conocimiento y como este se comunica entre los individuos, lo que permite que surjan las representaciones sociales<sup>31</sup>.



Las representaciones sociales se expresan en proceso y contenido, la primera hace referencia a como se adquieren los conocimientos, el segundo se manifiesta en tres dimensiones que son actitud, información y campo de representación<sup>34</sup>.

La actitud es el aspecto afectivo de la representación que evalúa lo positivo o negativo del objeto representado. La información es como explica el agente u objeto, la cual puede variar por la calidad, el tipo, el grado de precisión de la información y el campo de la representación, es como se organizan los elementos que la estructuran ya sea su núcleo central y sus elementos periféricos, esto es lo que le da su carácter heterogéneo<sup>34</sup>.

La idea central hace referencia a la naturaleza y la relación del objeto con el grupo, así como las normas y valores sociales, los mismos que se unifican adquiriendo estabilidad, lo cual le da una permanencia relativa, resistencia al cambio así como su especificidad. Los elementos periféricos hacen referencia a las experiencias e historias individuales lo que le hace que sea flexible y heterogéneo. <sup>34</sup>

Moscovici indica que esta teoría emerge bajo tres condiciones que son la dispersión de la información, la focalización del sujeto individual y colectivo y la presión a la inferencia del objeto socialmente definido. <sup>31</sup>

En su estudio sobre las representaciones sociales Moscovici logra demostrar que: <sup>37</sup>

- Las representaciones sociales se reconstruyen a partir de un material cultural básico y que este proceso se realiza mediante la interacción social.
- La generación de una representación social se lleva a cabo siempre en una misma manera, se seleccionan los aspectos más importantes del entorno, se los separa de contexto en el que aparecen, luego la información se reorganiza en un modelo mental para luego reincorporarla en la cultura por medio de las prácticas sociales aceptadas en el grupo de referencia.
- Las representaciones sociales permiten reducir la complejidad del medio circundante a categorías más simples, convirtiéndose en una buena guía para las acciones de las personas.
- La representación social es modelo interpretativo y evaluativo de la realidad.

El concepto en las representaciones sociales se la conoce como “saber del sentido común”, “saber ingenuo” que resulta opuesto al conocimiento científico<sup>33</sup>.



La teoría de Moscovici indica que algunos elementos de las representaciones sociales tienen una estabilidad que pueden continuar manifestándose por un largo tiempo que permiten identificarlos<sup>38</sup>.

Las representaciones sociales permiten desarrollar una epidemiología crítica que describe lo cultural, para entender como ciertos grupos entienden la salud más allá de lo estadístico.<sup>36</sup>

Según Moscovici las representaciones sociales “surgen en momentos de crisis o de conflictos”, de una manera convergente.<sup>31</sup>

Las personas erigen una construcción social del conocimiento, surgen de las conversaciones interpersonales, intergrupales, además, se obtiene y se comunica el conocimiento, teniendo un lugar intermedio entre los conceptos y la percepción.<sup>32</sup>

Funciones de las representaciones sociales<sup>33</sup>

- Permite a la persona dominar y dar un sentido al mundo
- Facilita la comunicación
- Transformar el conocimiento científico en sentido común

Para Moscovici las personas no son receptores pasivos, tienen autonomía en sus pensamientos, están comunicando constantemente mediante representaciones; la gente observa, critica, comenta lo cual influye en la forma de criar a los hijos y en la elaboración de planes, etc.<sup>39</sup>

También se indica que las representaciones sociales tiene características como lo relacional, lo social que hace referencia a como esto influye en lo individual, así como el ambiente en el que sitúa el individuo y el grupo, la comunicación entre ellos, la comprensión que proporcionan los conocimientos culturales así como sus códigos e ideologías específicas.<sup>33</sup>

Las representaciones sociales son la parte subjetiva de las personas que están en sus pensamientos y se manifiestan en sus acciones habituales<sup>40</sup>. Moscovici propone en el año 1988, la presencia de tres representaciones que ayudan a entender sus transformaciones y la diferencia en “fuerza” y “eficacia simbólica”.<sup>35</sup>





### 3.2 Tipos de Representaciones Sociales

- Representación hegemónica: semejante o coercitiva que tiende a predominar en las practicas simbólicas y afectivas <sup>35</sup>
- Representación emancipada: procede del paso de la parte cognitiva y de las ideas pertenecientes a subgrupos <sup>35</sup>
- Representaciones polémicas: estas se manifiestan como aprobación y resistencia que surgen en conflictos sociales <sup>35</sup>



## **CAPÍTULO II**

### **METODOLOGÍA**

#### **METODOLOGÍA**

#### **MATERIALES Y MÉTODO**



El presente es un estudio cualitativo prospectivo de orden fenomenológico, orientado a la comprensión y búsqueda de las percepciones de los pacientes con obesidad sobre su dinámica familiar, es decir como interactúa con su familia.

Para entrar en contacto con los pacientes con obesidad se solicitó a los directores de 2 unidades operativas (Monay, Carlos Elizalde) y del consultorio de la Universidad del Azuay el listado de las personas con obesidad. Se realizó un primer contacto con las personas para explicarles los objetivos del estudio, se efectuó una entrevista a profundidad a las personas que aceptaron participar en el estudio, las cuales cumplieron con el perfil del participante, los criterios de heterogeneidad como ser mayores de 18 años y que firmen el consentimiento informado.

La recolección de la información fue realizada por el investigador mediante una entrevista a profundidad, elaboración del **familiograma** o genograma (árbol familiar, pedigree familiar) que fue desarrollado en 1978 por Murray Bowen. Es un instrumento que mediante símbolos proporcionan información de cada miembro de la familia con sus problemas de salud, antecedentes hereditarios, características de las interrelaciones de un grupo familiar.<sup>20</sup>.

Aplicación del **test de FF SIL** permite identificar la cohesión, la armonía, la comunicación, la permeabilidad, la afectividad, y la adaptabilidad, mediante una escala cuantitativa, cada situación es respondida por el usuario mediante una cruz (x) en la escala de valores cualitativos, según su percepción como miembro familiar. Al final se realiza la sumatoria de los puntos, la cual corresponderá con una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar que se expone en el anexo 3.

Las expresiones emitidas fueron grabadas en condiciones de privacidad en una oficina proporcionada por la unidad operativa. En el domicilio no se efectuó debido a que las personas prefirieron tener la entrevista en la unidad operativa de salud, no implicó peligro para él o la paciente ni para el investigador.

Las entrevistas fueron transcritas por el investigador y para garantizar la confidencialidad de los datos, los nombres de los participantes fueron codificados, para lo cual, se utilizó la primera letra del nombre y del apellido, se designó un número de acuerdo al orden en que se realizó la entrevista.



El análisis se realizó de manera descriptiva. Se planificó utilizar el programa QDA Miner gratuito, el mismo que nos dio una idea más general del texto pero no fue suficiente, por necesidad de identificar la idea núcleo y sus sintagmas, se utilizó el programa WORDLE, que mediante la generación de nubes de palabras, permitió identificar de mejor manera las palabras o frases que más se repitieron, así como sus complementos. Este método se utilizó para analizar todas las entrevistas transcritas.

En el estudio se obtuvieron siete categorías centrales, posteriormente se realizó un análisis de las categorías saturadas, dinámica familiar y teoría de las representaciones sociales.

La triangulación se realizó con ayuda de profesionales de salud para identificar que conocen acerca de las familias de pacientes con obesidad.

## **TIPO Y ÁREA DE ESTUDIO**

Se trata de un estudio cualitativo, prospectivo, con enfoque fenomenológico que consta de tres partes la descriptiva, la estructural y la de discusión, la cual permite situarse en el marco de referencia interna del sujeto para conocer lo que vive y experimenta.

## **SELECCIÓN DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS Y OBSERVACIÓN DEL PACIENTE.**

El universo está constituido por los pacientes con obesidad que acuden a la consulta externa de dos unidades operativas de salud públicas y los consultorios de la Universidad del Azuay. La obtención de la muestra es intencional y razonada, opinática, basada en criterios de factibilidad hasta la saturación del discurso.

La muestra se estableció mediante saturación de discurso, es decir, cuando la información obtenida en las entrevistas no aportó nuevos elementos que permitan comprender el fenómeno estudiado. La misma se saturó con 23 personas

## **PERFIL DE LOS PARTICIPANTES**

- Personas con obesidad
- Mayores de 18 años.
- Firma del consentimiento informado

## CRITERIOS DE HETEROGENEIDAD

- Personas con otro tipo de alteraciones nutricionales
- Personas con cirugía bariátrica
- Paciente con déficit cognitivo
- Pacientes sedados o que tomen medicación psicotrópica.

## OPERALIZACIÓN DE CATEGORÌAS

Categorías	Definición	Preguntas
<b>Estructura familiar</b>	Miembros que conforman una familia se grafica desde la tercera generación, sus relaciones lo cual permite identificar la tipología de acuerdo a los miembros que viven en una misma casa.	¿Me puede describir como está conformada su familia, desde sus padres hasta sus hijos? ¿Quiénes de los miembros antes mencionados viven con usted? ¿Cómo es la relación con los miembros de su familia?
<b>Funcionalidad familiar</b>	Identifica la presencia o no de la adaptabilidad de las personas a una crisis	Aplica el formulario de FFSIL
<b>Subsistemas u holones</b>	Que función cumple dentro de la familia sea parental, conyugal, fraterno e individual	¿Usted qué papel cumple dentro de la familia es el proveedor, jefe del hogar, hermano, hijo?
<b>Triangulación</b>	Dos miembros de una familia se pueden unir para ayudar o confabular contra un tercero.	¿En la familia hay miembros que no se lleven o no se dirijan la palabra? ¿Hay miembros muy

		allegados o que más le ayudan?
<b>Relaciones familiares</b>	Trato o unión entre los miembros de una familia pueden ser relaciones conflictivas, buenas relaciones, sobre involucramiento y relaciones tradicionales	¿Cómo se lleva usted con sus padres, esposo, hijos, hermanos?
<b>Roles</b> Rol de genero	Actividad que desempeñan cada miembro de la familia de acuerdo a su posición, el rol de esposa, esposo, parental, hijos, hermanos, QQ.DD	¿Qué función cumple usted dentro de la familia?
<b>Pautas Repetitivas</b>	Un problema que se repite de generación en generación	¿Cómo es el peso de los miembros de su familia, padres, hermanos, hijos, nietos si los tiene?
<b>Autoridad</b> <b>Autoridad patriarcal</b>	Miembro de la familia que tiene la jerarquía o el control dentro de la familia	¿Quién tiene la autoridad en el hogar?
<b>Apoyo</b> <b>Falta de Apoyo</b>	Miembro de la familia en el que se sostiene una persona con obesidad	¿Qué miembro de la familia le apoya? ¿Qué miembro de la familia asumiría su rol en la casa?
<b>Aumento de peso</b> <b>Eventos de la vida</b>	Motivos por lo que cree que subió de peso	¿Cuándo empezó a subir de peso?
<b>Obesidad y sus dificultades</b> <b>Dificultad para desplazarse</b>	Problemas que causa la obesidad a la persona que la padece	¿Qué dificultad le ha causado el estar pasadito de peso?



Es importante indicar que las preguntas realizadas fueron en base a las categorías antes expuestas, después del discurso emitido por las personas con obesidad se les clasificó en las siguientes categorías: Imagen corporal, eventos de la vida, dificultad para el desplazamiento, relaciones familiares, roles por género, autoridad patriarcal y apoyo intangible, las mismas serán analizadas a detalle posteriormente.

## **ANÁLISIS DE LA ENTREVISTA**

Se analizó el contenido de las entrevistas levantadas, las mismas que se desarrollaron a partir de un diálogo que tuvo por finalidad, conocer la dinámica interna de la familia a partir de su estructura mediante el uso del familiograma.

Dispuesto el familiograma se valoró la funcionalidad familiar. Para completar el estudio se realizó una entrevista a profundidad hasta la saturación de discurso, que fue grabada. En el análisis de discurso se identificó la idea núcleo, el modo de predica y grado de referencia.

Las entrevistas realizadas a las personas con obesidad se las transcribió, las mismas que fueron codificadas, las frases que están entre comillas y cursiva son las expresiones que emitieron las personas con obesidad. La presencia de puntos suspensivos (...) entre el dialogo significa que se eliminaron algunas expresiones que no eran relevantes. Los discursos son analizados de acuerdo a la teoría fundamentada, mediante la codificación axial, se establece que las expresiones emitidas se enmarcan en las representaciones sociales; por último las categorías analizadas permiten describir la “percepción de las personas con obesidad sobre su dinámica familiar”.

El análisis de las transcripciones permitió identificar; idea núcleo, que describe los temas de un discurso y lo que de él se habla o que se dice de él; el modo de predica, es como se dice el discurso, puede ser de estado (no está muy seguro de lo que dice) y de acción (está seguro de su relato); por último, la grado de referencia donde se describe la forma como el sujeto está inmerso en el discurso, explica el origen del problema, puede ser alta (él lo vivió), distorsionada ( media) o baja (dudas, le contaron).

Para la Triangulación de resultados se realizó con profesionales de la salud, se entrevistó a un médico internista, a un cirujano plástico y a una nutricionista que trabajan en sus



respectivos consultorios con personas con obesidad, lo que ayudó a comprender el conocimiento que tienen sobre los pacientes que presentan este problema.

## **TÈCNICAS DE ANÀLISIS**

A partir de las transcripciones textuales de las entrevistas se procedió al análisis de los contenidos del discurso de cada participante siguiendo el orden de las cuestiones planteadas. Este análisis, para cada pregunta, comprende:

- La identificación de la idea núcleo o paradigma y sus sintagmas
- El señalamiento del modo de prédica
- La caracterización del grado de referencia
- Los contenidos ideológicos de lo expresado

## **ASPECTOS ÉTICOS**

Se solicitó la aprobación del Comité de Especialidad, Comité de Bioética y Comisión de Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. Reclutamiento: a las personas con obesidad que cumplieron los criterios de inclusión, se les explicó detenidamente de que se trata el estudio e invitó a formar parte del mismo. Es decir, se les dio las explicaciones pertinentes sobre los objetivos y propósitos del estudio, así como también, se receptó inquietudes sobre el mismo por parte de las personas que participaron en el estudio. Además, a las personas que aceptaron participar de la investigación se solicitó que firmen el consentimiento informado escrito, no hubo la necesidad de impregnar la huella digital porque todos los participantes sabían firmar. También se les dijo que la información obtenida no será mal utilizada más que para la investigación y que el nombre de los participantes será mantenido bajo estrictas normas de confidencialidad, por lo tanto, en las entrevistas su nombre fue codificado.

## **RESULTADOS DE LAS PERSONAS CON OBESIDAD**

### **1. Características demográficas de los entrevistados**



Los participantes fueron en su mayoría mujeres, el índice de masa corporal varió de 32 a 56,7 kg / m<sup>2</sup> (tabla 2). Como se ha señalado antes para el estudio fueron codificados los nombres de los participantes.

**Tabla 1**

**Características de los participantes: Índice de masa corporal de los entrevistados y entrevistadas**

Código	IMC	Tipo de Obesidad	Código	IMC	Tipo de Obesidad
LG01	33,6	Moderada	JL13	39,6	Severa
PN02	33	Moderada	YG14	41,1	Mórbida
CM03	33,5	Moderada	ME15	56,7	Mórbida
SM04	33,6	Moderada	NF16	38,8	Severa
MP05	32	Moderada	DC17	32	Moderada
MT06	33,4	Moderada	EY18	39	Severa
GD07	37,3	Severa	LL19	35,6	Severa
BS08	45,5	Mórbida	JZ20	35,5	Severa
RC09	43,2	Mórbida	MC21	36	Severa
FM10	33,3	Moderada	SA22	35,3	Severa
MB11	33,3	Moderada	DC23	40	Mórbida
LO12	36,5	Severa			

Fuente: entrevistas

Realizado por: Miriann Mora

La muestra se saturó con 23 participantes, la obesidad moderada se presentó en 10 participantes, 8 tenían obesidad severa y 5 obesidad mórbida, la codificación permite no identificar a las personas participantes más que para fines de análisis. Los participantes estuvieron solos durante la entrevista, las mismas se realizaron a mayores de 18 años, que tenían distintas ocupaciones, por su IMC se distinguió el tipo de obesidad que presentaban (Tabla3).

**Tabla 3**

**Distribución de los participantes con obesidad de acuerdo al sexo, edad, profesión, tipo de obesidad.**

<b>Características</b>	<b>Número</b>
Masculino	3
Femenino	20
Edad	
Adolescente (menor 19 años)	1
Adulto joven ( 20 a 40 años )	6
Adulto maduro (41 a 64 años )	12
Adulto mayor (más de 65 años)	4
Profesionales	5
No profesionales	18
Obesidad Moderada	10
Obesidad Severa	8
Obesidad Mórbida	5

Fuente: Entrevistas

Realiza por: Miriann Mora

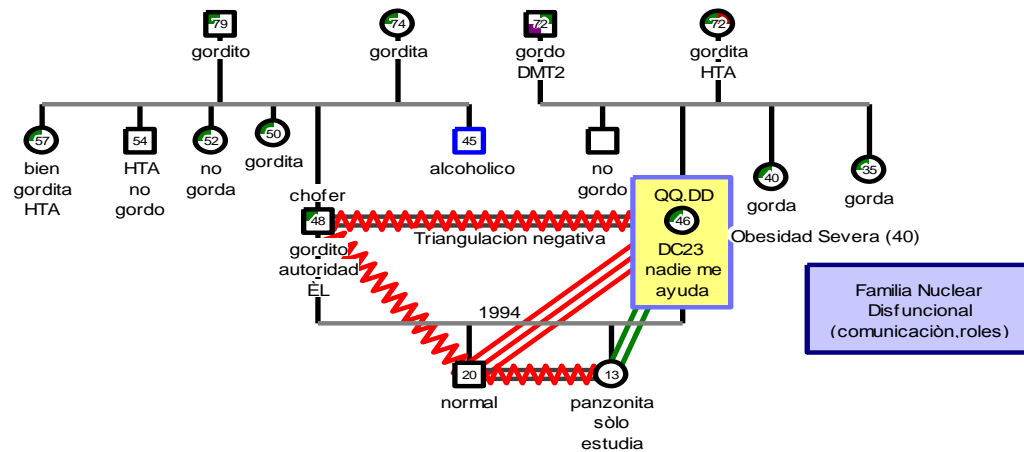
La población estudiada en su mayoría fueron mujeres, adultos maduros, no profesionales y personas con obesidad moderada, las características antes mencionadas nos permite conocer como estuvo compuesta la muestra de estudio.

## **2. Configuraciones familiares de los entrevistados**

A continuación se expone dos familiogramas de personas entrevistadas, que permiten realizar el análisis de la dinámica interna de la familia.

### **Imagen 1**

**Estructura familiar, relaciones familiares representadas en el Familiograma DC23, 2017.**

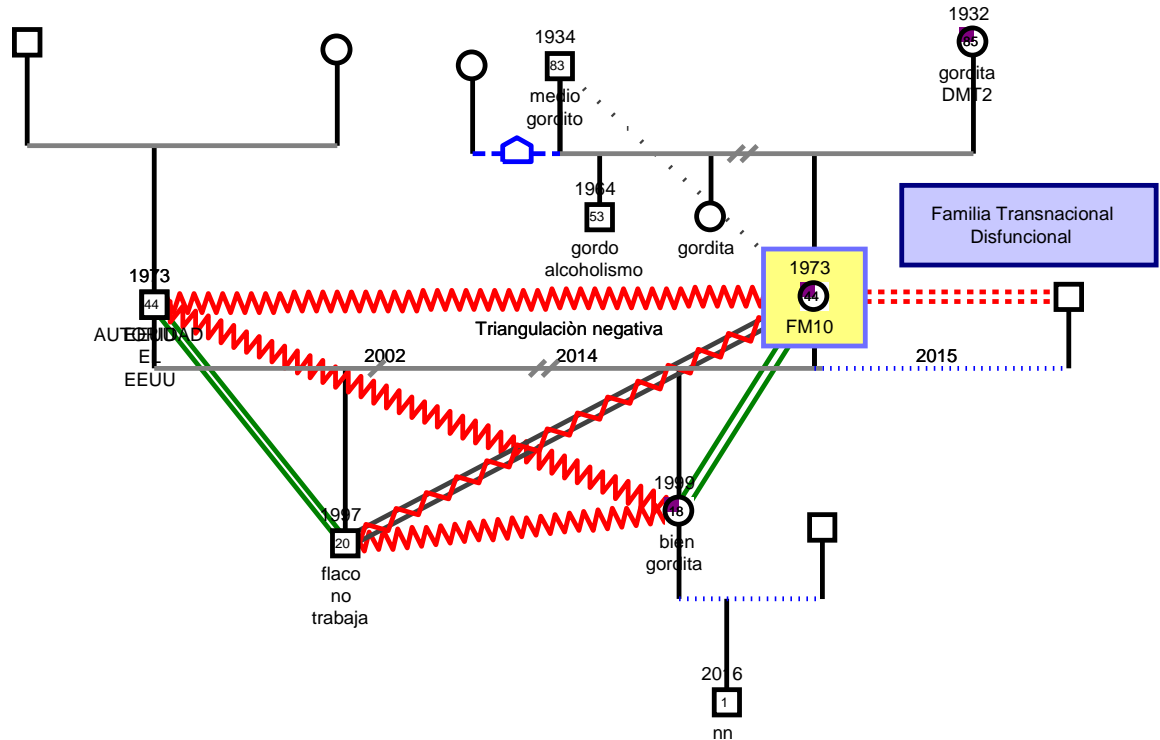


Fuente: Entrevista  
Realizado por: Miriann Mora

En la imagen anterior observamos un familiograma estructural y funcional, permite distinguir quienes integran la familia y sus relaciones. Es una familia nuclear, disfuncional, con triangulación negativa donde la madre y el hijo confabulan en forma negativa hacia el padre. Se observa además que el estar gorditos se presenta de generación en generación.

## Imagen 2.

**Estructura familiar y relaciones familiares representadas en el Familiograma FM10, 2017.**



Fuente: Entrevista  
Realizado por: Miriann Mora

La imagen nos muestra como está integrada una familia extendida (conviven más de dos generaciones), las relaciones en su mayoría son distantes y conflictivas, la triangulación es negativa entre la persona índice y algunos miembros de la familia, se han dado pautas repetitivas como el tener relaciones de unión de hecho, los divorcios, el ser gorditos se observa que pasa de generación en generación.

### SIMBOLOGÍA

— Matrimonio	..... Discordia / conflicto
- - - Compromiso y convivencia	✓ = Fusión
..... Relación casual o relación corta (corto plazo)	~ Hostil
— Divorcio	~ Fusión / hostil

En la **estructura familiar** se encontró que once personas forman parte de familias nucleares, cuatro de familias extendidas, tres familias transnacionales, dos monoparentales interrumpidas, dos familias reconstituidas y una familia ampliada. Las personas con obesidad mórbida se encontraban en su mayoría dentro de las familias nucleares seguidas de las reconstituidas y familia extendida.



Al analizar la **funcionalidad familiar** mediante el FF-SIL, se encontró que las personas con obesidad moderada presentan mayor disfunción familiar en su núcleo familiar, coincidiendo entre todas las familias que tiene disfunción, la falta de cumplimiento de roles; esta también afectada la cohesión, la armonía y la afectividad entre los miembros de la familia.

**La triangulación** se realizó en la mayoría de los familiogramas, una triangulación madre-hijo en contra del padre u otro miembro de la familia, también hay triangulaciones a nivel fraterno en donde las relaciones eran negativas entre hermanos, confirmado por la madre.

Todas las familias nucleares presentaron una triangulación positiva, siendo lo más frecuente de padres con hijos; en el caso de las triangulaciones negativas, se exteriorizó de madre-hijos en contra del padre sobre todo en las familias con disfunción familiar.

Los subsistemas u holones. El subsistema de pareja está respetado por los miembros de la familia, en los fraternos es donde hay más conflictos. Se observa triangulaciones negativas confabuladoras en contra de un hijo o de la persona índice, de su pareja, todo esto causa relaciones conflictivas entre los miembros de la familia.

Holón individual, seis personas no han podido tener su propio desarrollo por la demanda del cuidado de la familia, han tenido que dejar de estudiar, trabajar, hay casos en los que la familia no les permite trabajar.

El holón parenteral, se presentó en todos los casos en los que, la dedicación de los padres por sus hijos era muy marcada, incluso si estos son mayores de edad o se encuentren casados por lo que tienden a vivir en la misma casa bajo las reglas de la familia extendida.

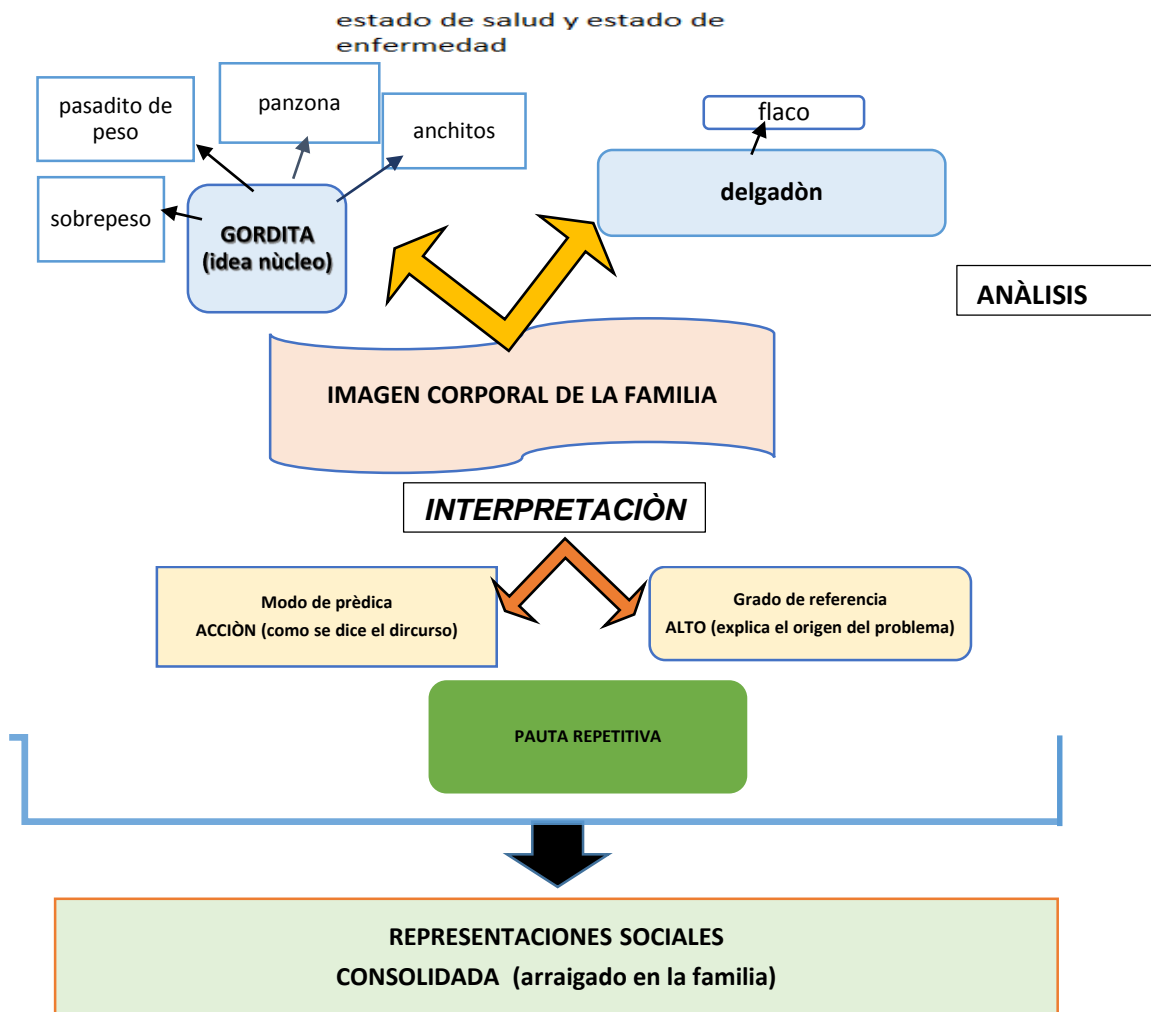
### **3. Las representaciones sociales según las categorías**

Los resultados obtenidos de la entrevista semiestructurada se analizan de acuerdo a las categorías, las mismas que se presentan a continuación:

#### **1. Categoría: Imagen corporal del sujeto frente a la familia**

##### **Imagen 3**

## Análisis e Interpretación de Imagen corporal de la familia de las personas con obesidad, 2017.



Fuente: Entrevistas semiestructuradas  
Realizado por: Miriann Mora

Los entrevistados y las entrevistadas hablaron de su imagen corporal y la de sus familiares de tal manera que permitió detectar la idea núcleo. El término “gordita” resultó paradigmático matizado por varios sintagmas como “pasadito” de peso, “sobrepeso”, “panzona”, “anchitos”. El modo de prédica que se presentó fue de acción con un alto grado de referencia.

En términos ideológicos se detecta que las expresiones son vertidas a manera de una pauta de repetición constante, reincidente entre generaciones, por lo que se puede afirmar, que



estamos ante una representación social consolidada. Esto se puede apreciar claramente en las siguientes citas.

BS08 Refiere que:

*“mi papá... no tiene enfermedad... el de peso, es así mismo como nosotros y mi mami también es gordita, mi hermano... es gordito, mi hermana es gordita, todos somos gordos”*

MB11

*“Mi primera hija ella es de peso normal, la segunda está gordita, el otro está más gordito, mi esposo está con sobrepeso, mi mamá no era muy gorda, mi hermana era gorda, mi otra hermana es gordita, más gordita que yo, la cuarta es gordita, el otro es delgadón, la que sigue era gordita, y el último es gordo”.*

GD07

*“Tengo dos hijos, el mayor.....está gordo y si me preocupa mi hijo, tiene la barriga muy protuberante, la esposa también está gorda, mi segunda hija también es gorda”.*

En contraposición paradigmática también se encontraron expresiones como “delgadita” delgada, flaco. La persona que emitió esta afirmación indica que no tiene obesidad, en otros casos, el estar gordita es visto como un buen estado de salud. Esto se evidencia en las siguientes citas.

MP05

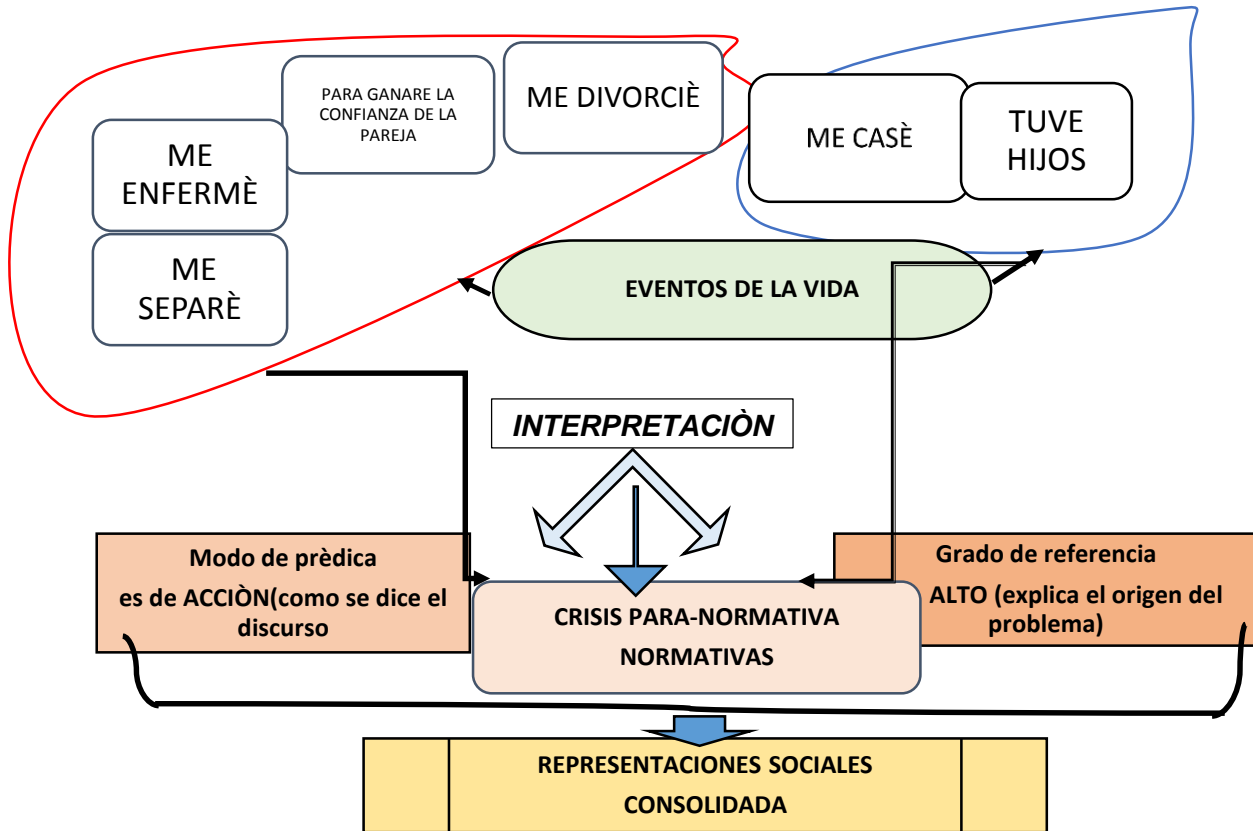
*“Porque mis hermanos llevan la misma enfermedad que mí, ellos son así mismo delgados como mí, porque nadie muere de esta enfermedad, mi mamá no se murió con diabetes, ella en el peso era normal así como yo. Mi papá era normal yo soy delgadita”.*

Con estas expresiones se puede observar que la Teoría de las representaciones sociales planteada por Moscovici se hace presente ya que manifiestan mediante los comportamientos y la comunicación entre los individuos, que se transmitieron de generación en generación como un código. Aquel estilo de vida que permite estar gorditos y aceptarse como son, indica que se da un intercambio de información entre miembros, son actitudes aprendidas en el seno de la familia.

## **2. Categoría: Eventos de la vida**

#### Imagen 4

#### Análisis e interpretación de la categoría eventos de la vida en las personas con obesidad.2017



Fuente: Entrevistas semiestructuradas  
Realizado por: Miriann Mora

Los discursos de las personas entrevistadas permitieron establecer como los eventos de la vida, se hicieron presentes con expresiones paradigmáticas como “cuando me casé”, “me divorcié”, “tuve hijos”. Reflejándose Crisis normativas y para normativas, las cuales no fueron resueltas adecuadamente, las expresiones tenían un modo de prédica de acción y un alto grado de referencia; los entrevistados en este caso expresan su propio sentir, relacionan su aumento de peso a estos eventos decisivos en su vida.

Este hecho se puede corroborar en las siguientes expresiones:

LG01

*“Yo, yo, yo era un hombre deportista, pero excelente digo, me casé y ya desde los 30 años comencé a subir poco a poco. Empecé a comer bastante y a descuidar mi actividad deportiva, entonces cuando me separé de ella hace 21 años, dese cuenta, yo comía donde sea y comía mal, entonces empecé a subir, hasta llegar a 247, es un horror”.*





### DC23

*“Si hasta cuando yo me casé....ya me casé me descuidé ya tuve a mi primer hijo, igual con mi esposo ambos gorditos comíamos...y nos engordamos”.*

### FM10

*“Subí de peso cuando me enteré que él estaba con otra mujer. Eso es hace unos siete años.”*

La teoría de las representaciones sociales de Moscovici indica que estas surgen en momentos de crisis y conflictos, es decir que ante situaciones dolorosas o satisfactorias, se dan reajustes en nuestra vida. En las personas entrevistadas se evidencia un cambio en el ciclo de vida, de ser soltera o soltero a casarse o el tener hijos, cambio del estado civil. Los nuevos roles adquiridos en la familia, como en la sociedad, representan una crisis familiar, por sus características, son crisis normativas y para-normativas como el divorcio u la separación. Lo que influye en la dinámica familiar dando un reajuste a su situación familiar. Las expresiones siguientes demuestran lo antes mencionado

### MC21

*“Yo era flaquita hasta los 18 que tuve mi primera hija”*

### MP05

*“Yo soy delgadita, me separé hace 16 años, el sufrimiento primeramente que se fue mi marido yo le encontré con la otra.....yo sufrí bastante, después se muere mi mamá de un rato al otro, también empecé a sufrir.”*

### SA22

*“Hace unos 20 años cuando yo me operé de la próstata era yo delgadito, desde ahí vino a hacerse la barriga como yo digo, como vaca vieja, de ahí era delgadito yo”*

### LC03

*“Cuando era guambra pesaba 110, ya cuando me casé y tuve hijos todo uno se desobliga, mejor ya una cosa, más el estrés.....”*

### LO12 IMC38



*“Porque ya le tuve a él” “ósea así como mujer profesional, uno hay que quererse uno mismo tal como es, toda la vida he sido así, ósea con autoestima alta, me he sentido bien claro usted sabe por los estereotipos un poco, si me gustaría bajar pero no del todo, tampoco es que estoy así tan obesa, tan gorda como hay otras mujeres”*

Existen testimonios donde sus familiares eran gordos, pero aparentemente la persona índice era de peso normal, pero que existió la presión para que suba de peso como vemos en esta expresión.

#### LL19

*“Yo era como mi hija así de flaca, yo cuando me casé no sé porque mi esposo decía tienes que engordarte, no sé si por celos, ¡ahí engordé y empecé a comer”, “pero cuando tuve a mi primera hija seguía normal” “y cuando él se fue hasta los 5 años yo seguía manteniendo mi peso normal ... y él me decía, tienes que mandarme fotos que estés gorda, ya no me controlaba nada y empecé a comer, yo subí de peso por él, él decía a si flaca no!! Se ve feísimo”.*

Hay entrevistadas que tienen una añoranza por su peso pasado, presentaron memorias sobre las fotos que les recordaban cuando no tenían exceso de peso, encajando en las crisis para-normativas. Hay expresiones que confirma que siempre fueron gorditas.

#### LL19

*“Yo cuando veo las fotos de soltera y mi hija dice mami ha sido flaquéisima, y yo le hablo de hace 24 años atrás con la falta de experiencia uno hacia lo que él decía”.*

#### MC21

*“Hasta los 18 yo tengo una foto bien flaquita, flaquita, desde ahí he ido subiendo, subiendo así de peso”.*

#### SO08

*“Siempre he sido así, desde pequeña, si porque yo veo en las fotos soy así gorda”*

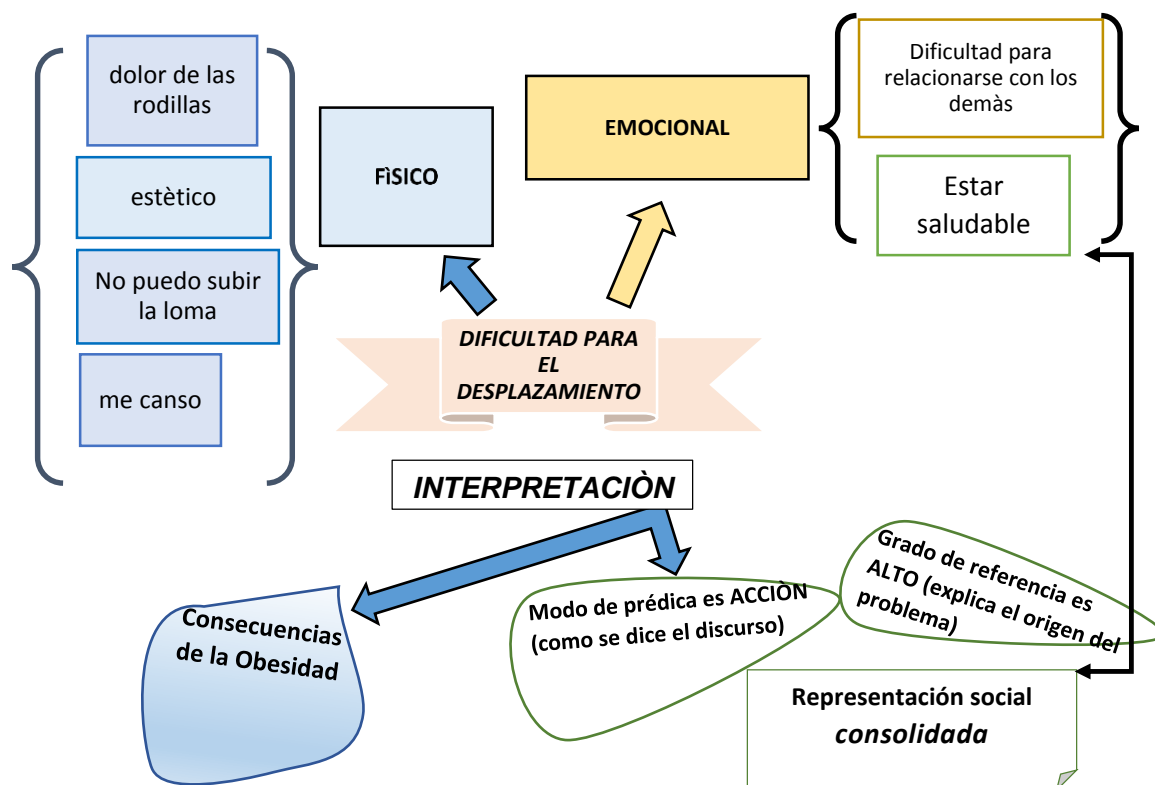
#### JL13

*“Porque así en las fotos yo soy delgadita, en la escuela mismo estoy delgadita, a mí no me gusta ni la torta comer”.*

### 3. Categoría: Dificultad para el desplazamiento

## Imagen 5

### Análisis e Interpretación de la categoría Dificultad para el desplazamiento en las personas con obesidad. 2017



Fuente: Entrevista  
Realizado por: Miriann Mora

La explicación permitió determinar la categoría, dificultad para desplazarse. Se identifica la idea núcleo orientada a los problemas físicos y emocionales, matizados con sintagmas como “al hacer las cosas tengo que descansar”, “tengo dolor de rodillas”, “me canso”, “la dificultad para relacionarse con los demás”, esto les dificulta caminar con otras personas, “no puedo subir la montaña”, “dolor de la columna”, “tengo dificultad, me siento pesada”, “salgo y me canso al caminar unas cuadritas”, una persona mencionó lo estético como problema.

Sus declaraciones tienen un grado de referencia alto, ya que manifiestan lo que están sintiendo, con un modo de prédica de acción. Pero no todas las expresiones nos orientan a que sea una representación social, porque la mayoría de los discursos demuestran con claridad que estas molestias son consecuencias de la obesidad. Para corroborar lo antes dicho se expone algunas expresiones:



LC03

*“Yo con mi peso si me canso, porque como a veces yo salgo a caminar, tengo una mascota por eso camino, camino unas cuadritas nomas, porque uno se cansa por el peso, me han dicho la mayoría, la mayoría de los doctores, que baje por la salud”.*

SO08

*“Afectado no mucho pero si a veces cuando queremos ir a pasear, porque cuando queremos subir las lomas ya no hay como, nos cansamos rápido, entonces los otros llegan más pronto, no se puede compartir con las personas porque son más ágiles”.*

FM10

*“Sí, porque uno se siente cansada, no hay como caminar, oiga no estoy bien desde cuando subí de peso”.*

RC09

*“No hago nada de ejercicio es que me duele la columna...así cuando estoy haciendo las cosas tengo que sentarme a descansar, me pongo a hacer las cosas ya me canso por los dolores que tengo. Mis hijos dicen vaya mamá a hacer ejercicio, vaya a caminar y yo digo, como voy hacer si tengo dolor de la columna.”*

LL15 IMC 56

*“Si el momento de caminar de levantarme me molesta”.* Si me afecta lo que estoy subiendo de peso, se me hace feo...., con mi esposo los problemas no es por el peso más me molesta el peso antes que el problema con mi esposo”.

NF 16

*“Últimamente por lo que se me han hinchado las piernas, y de ahí yo así camino, hago deporte todo, ósea, no me vence nada”.*

LI19

*“El estar pasadita de peso si es problema para mí en mi salud y también es lo estético.”*

Una persona manifestó que el estar gordito es signo de salud, sería una representación social consolidada, pues la entrevistada no lo ve como un problema y es algo que se fortaleció en su familia. A continuación se expone la frase

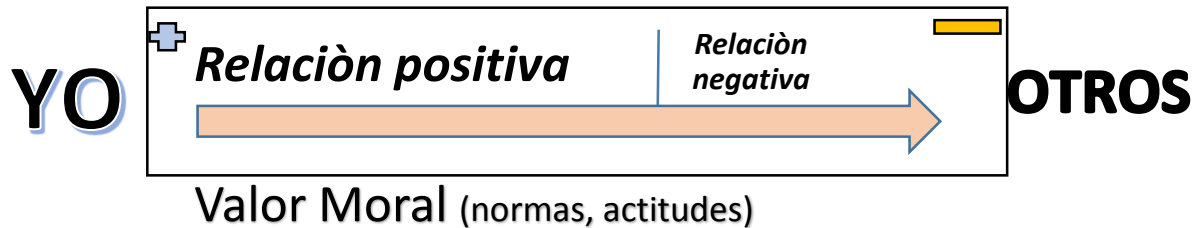
MB11

*“No porque yo mejor a las flacas no me gusta, porque no se no me gusta. Una persona gordita es linda, yo no me siento mal, a mi hija la veo gordita y está linda, otros dicen que no, que es feo. Yo tengo a mi nietita que es bien flaquita, nació de seis libras y dicen que es normal, pero es bien delgadita, la carita chiquita. El estar gordito es estar saludable, aunque dicen que los gordos son enfermos...”*

#### 4. Categoría: Relación Familiar

##### Imagen 6

##### *Análisis e Interpretación de la Relación Familiar de las apersonas con obesidad. 2017*



Fuente: Entrevista

Realizado por: Miriann Mora

En su mayoría los entrevistados tuvieron respuestas positivas a sus relaciones familiares, las mismas que se acompañaron de expresiones como “buena” “nos llevamos bien” lo complementaban con “conversamos”, “me obedecen”. Se refleja que cuando el Yo está bien emocionalmente consigo mismo y con los otros las relaciones son positivas, mientras que cuando el Yo está en conflicto con los otros las relaciones son negativas, esto se relacionaría con los valores morales que se intenta transmitir entre los miembros de la familia, se mencionó que la falta de comunicación es un factor para que se den conflictos. Expongo expresiones de los discursos.

DC23

*“La relación es buena si nos llevamos bien como toda pareja tenemos problemas nos llevamos muy bien nos queremos”*

Algunos relatos indican que hay mala relación entre hermanos, está en concordancia con los hallazgos sobre todo los fraternos. Tienen un grado de referencia alto ya que se da una explicación al origen del problema, con un modo de predica de acción. Las expresiones que avalan lo expuesto anteriormente se transcriben a continuación.



JL13

*“La relación con mi mami es un poco distante, ella no quiere que salga a trabajar debido a la enfermedad que yo tengo, yo quiero irme, tener mi propio dinero y no estar que me estén manteniendo, nada de eso, quiero irme así a pescar”. “Mi hermano mayor, el me grita me insulta, me dice que soy sonsa, tonta, pero en cambio digo Dios mío dame paciencia con él”*

EY 18

*“Todos somos muy iráticos, nosotros aprendimos de parte de mi papá, mi papá siempre ha sido áspero para decir las cosas y hasta el momento el trata a mi mamá bien duro, grosero a veces le trata como a un animal pero en palabras, no en golpes” “a mi papá mi hermana no le acepta, a mi hermana le fastidia, mi mamá siempre ha sido la sobreprotectora”.*

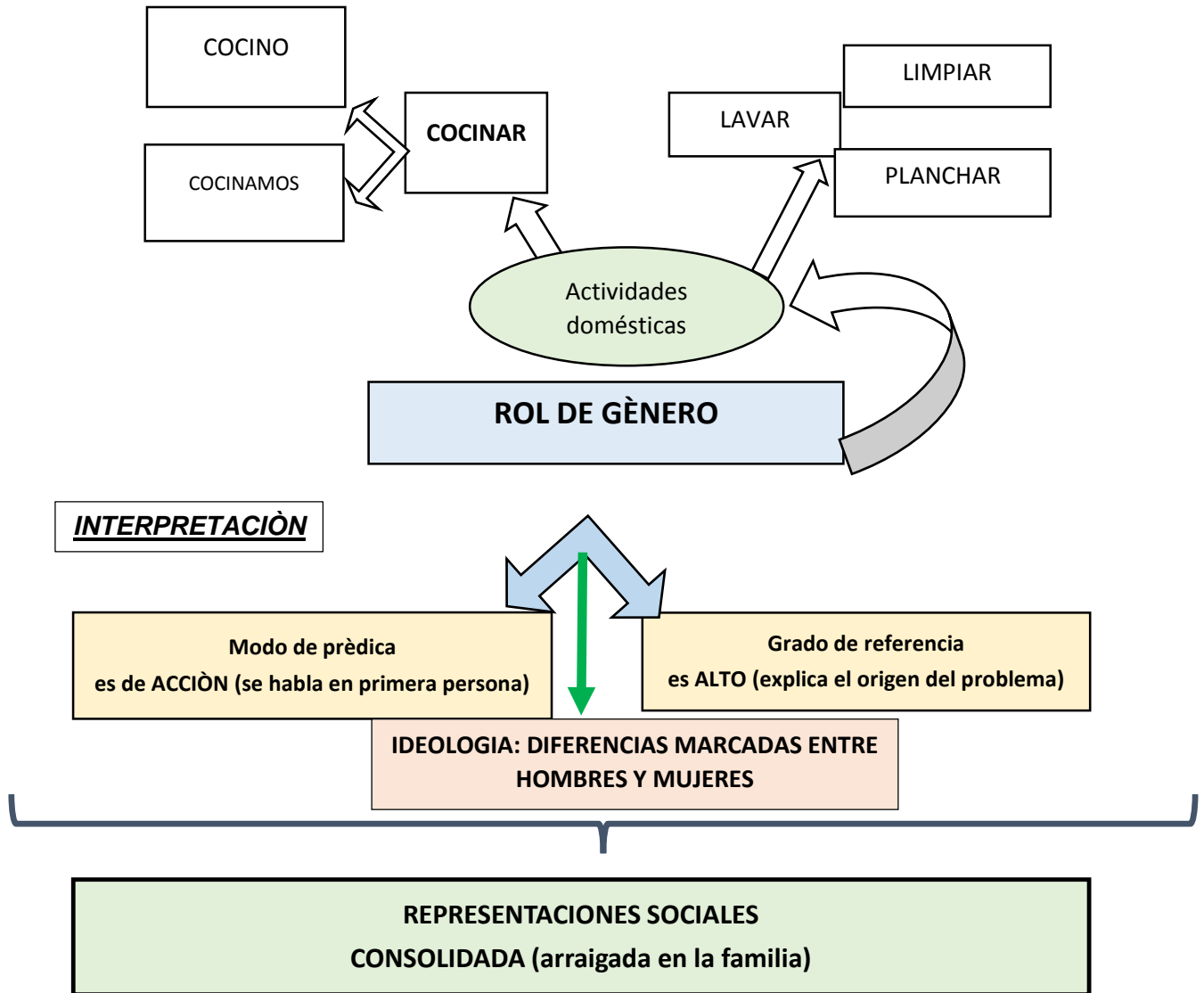
ME15

*“La relación con mi esposo ahí sí que es duro, sufro bastante con él, al mismo tiempo como dicen todos, soy casada, no quiero dar que decir a la familia ¡aguanto! sigo y mis hijos también dice mami sepárese, déjele pero que saco separándome yo”.*

## **5. Categoría 5: Rol de Género**

### **Imagen 7**

**Análisis e Interpretación de la Categoría Rol de Género obtenido del discurso de las personas con obesidad. 2017**



Fuente: Entrevista  
Realizado por: Miriann Mora

Todas las mujeres independientemente de la profesión que tengan, realizan quehaceres domésticos, sus discursos permitieron identificar la idea núcleo como actividades domésticas, coinciden en sus roles, con distintos sintagmas como, “cocinar”, “cocino”, “cocinamos”, “lavar”, “planchar”, “rasqueteo”, “arreglar”, “limpiamos”, todos los discursos tiene un modo de prédica de acción y un alto grado de referencia. Se expone las expresiones que validan esta afirmación.

DC23



*“Lo típico cocinar, lavar planchar ver a mis hijos, atenderle a él cuando llega, él trabaja cuando no toma, mi esposo es el proveedor, mi hija ella estudia y nada más, los quehaceres de la casa me dedico hacer yo”.*

L012

*“Prácticamente hago todo, tengo que cocinar, lavar, hacer todo.”*

En algunos casos se siente apoyadas por sus familiares en estas actividades, pero en todos los casos los roles de las actividades domésticas son aprendidas y se han quedado arraigados en las personas y dentro de la familia. Esto lo corroboran las siguientes afirmaciones.

LC03

*“Si cada uno cumple un rol, unos estudian, otra hija ya es doctora, entonces si cada uno tiene sus cosas que hacer, cumplen las reglas de casa, nos comprendemos”.*

LL19

*“Cada uno cumple sus responsabilidades y las reglas en la casa, yo concino yo me encargo de eso y del aseo de la casa nos distribuimos”*

Las responsables principales del rol de cocinar son las mujeres entrevistadas y en el caso de los hombres hablan de que sus esposas o mamá son las que cumplen este rol. A continuación se describe las siguientes expresiones:

**BS08**

*“Yo me encargo de la limpieza y de cocinar, me siento bien porque si me gusta, esto no causa conflicto porque mis hermanos igual si me dan a veces alguna cosa, ayudan económicamente”.*

**FM10**

*“Dentro de la casa no hay roles definidos porque se mete el papá. El.....le hace caso al papá solo porque le da dinero.” “Las dos cocinamos, las dos limpiamos, el no hace nada”*





EY18

*“Yo no cocino si procuro ayudarle en algo pero ese es trabajo de ella”*

SA22

*“Ella cocina siempre, yo como lo que ella me da, y hay que agradecer porque me da de comer sin pagarle mensual ni nada, bien atendido y sin pagar medio, esa suerte quien tiene, solo el gavián bravo”*

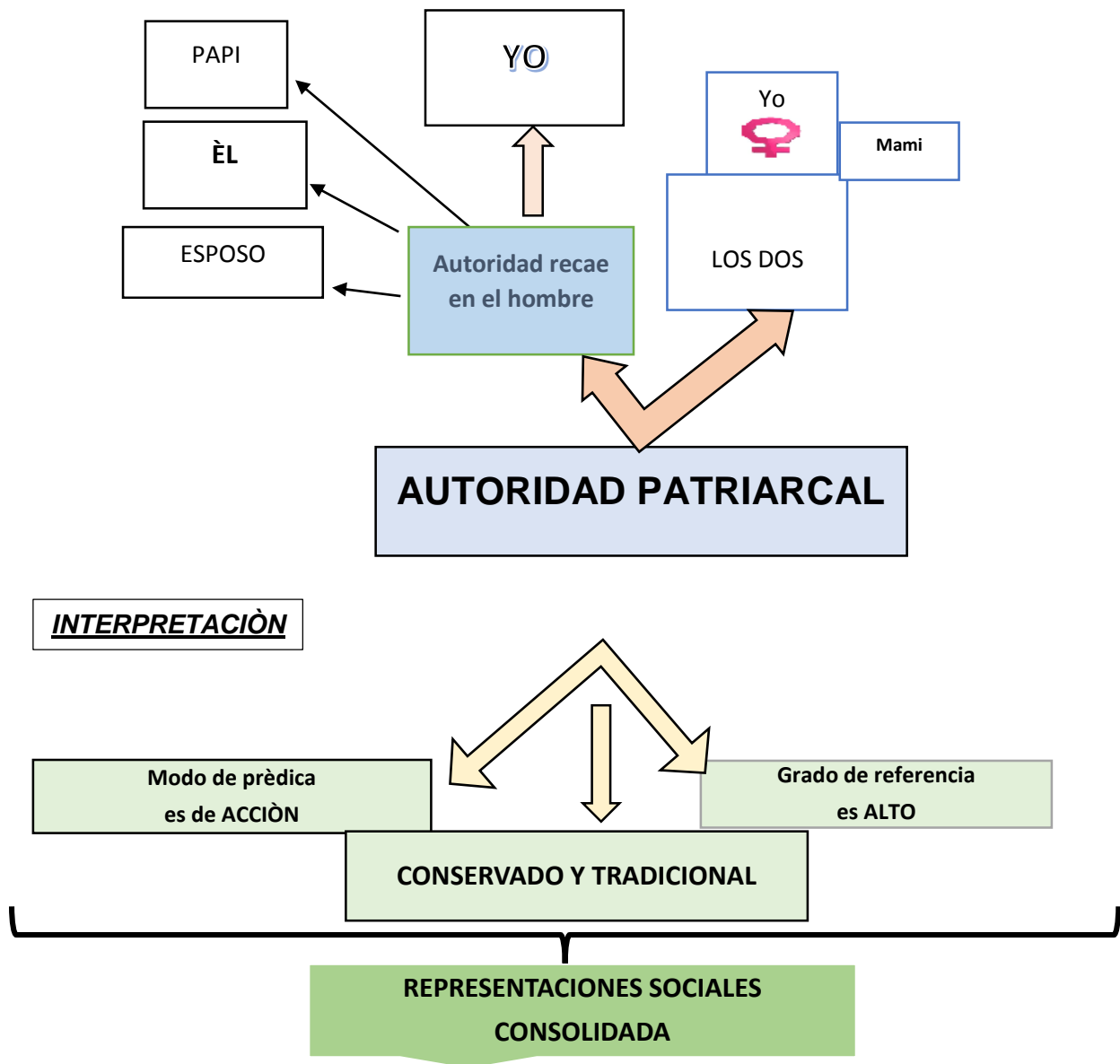
Las expresiones facilitan comprender que estamos frente a una representación social consolidada, se evidencia los intercambios sociales entre los miembros de las familias. Los roles se han establecido claramente de acuerdo al género y se han transmitido de generación en generación, esto ha sido validado por hombres y mujeres.

## 6. Categoría: AUTORIDAD PATRIARCAL

### Gráfico 8

#### Análisis e Interpretación de la categoría Autoridad patriarcal





Fuente: Entrevista  
Realizado por: Miriann Mora

Las entrevistadas y entrevistados emiten expresiones que reflejan el paradigma de quien tiene autoridad en casa, en la mayoría de los casos generalmente es el hombre, la idea núcleo (el hombre es el que tiene autoridad), cuyos sintagmas son “esposo o él”, y en el caso de los hombres manifestaron que la autoridad la tenían ellos, los sintagmas utilizados son: “Yo”,

SA22



*“Yo, las decisiones toma el hombre, de cualquier cosa, siempre yo, algunas cosas manda la mujer, por ejemplo en la cocina, que he de mandar yo”*

LC03

*“La autoridad en la casa la lleva mi esposo él toma la última palabra, alguna cosa que tenemos que compartir, que tiene que pedir permiso algo, él sabe dar permiso”*

DC23

*“Prácticamente él, él, él toma las decisiones todo es él, ¡Yo ¡! No!, ¡No!, Yo si tomo una decisión tengo a veces problemas porque después me está diciendo ¡he vos solita ahora yo no soy nadie! entonces yo tengo todo que preguntarle a él hasta para venir acá al centro de salud”.*

FM10

*“sabe que Yo he sido padre y madre, pero cuando yo he querido poner orden, mi esposo ha sido quien me ha desautorizado”.*

También se dieron discursos que expresaron que los padres compartían la autoridad se expresaron con “ambos”, “los dos”,

GD07

*“Nosotros, para cualquier cosa somos los dos”*

En caso de los solteros” mami”, “papi”, en pocos casos la mujer tenía autoridad dentro de la familia sobre todo cuando era profesional.

BS08

*“Ningún hermano tiene más autoridad que mis papás, la autoridad la tienen mis papás (....) Yo no tengo autoridad dentro de la casa. Es lo que dice papá y mamá. La toma de decisiones solo lo conversan mi papá y mi mamá (.....) Nosotros no opinamos, porque dicen vaya haber conflictos entre hermanos (...) cuando mis papás dicen eso, todo el mundo tiene que obedecer así sean casado o solteros.”*

EY18

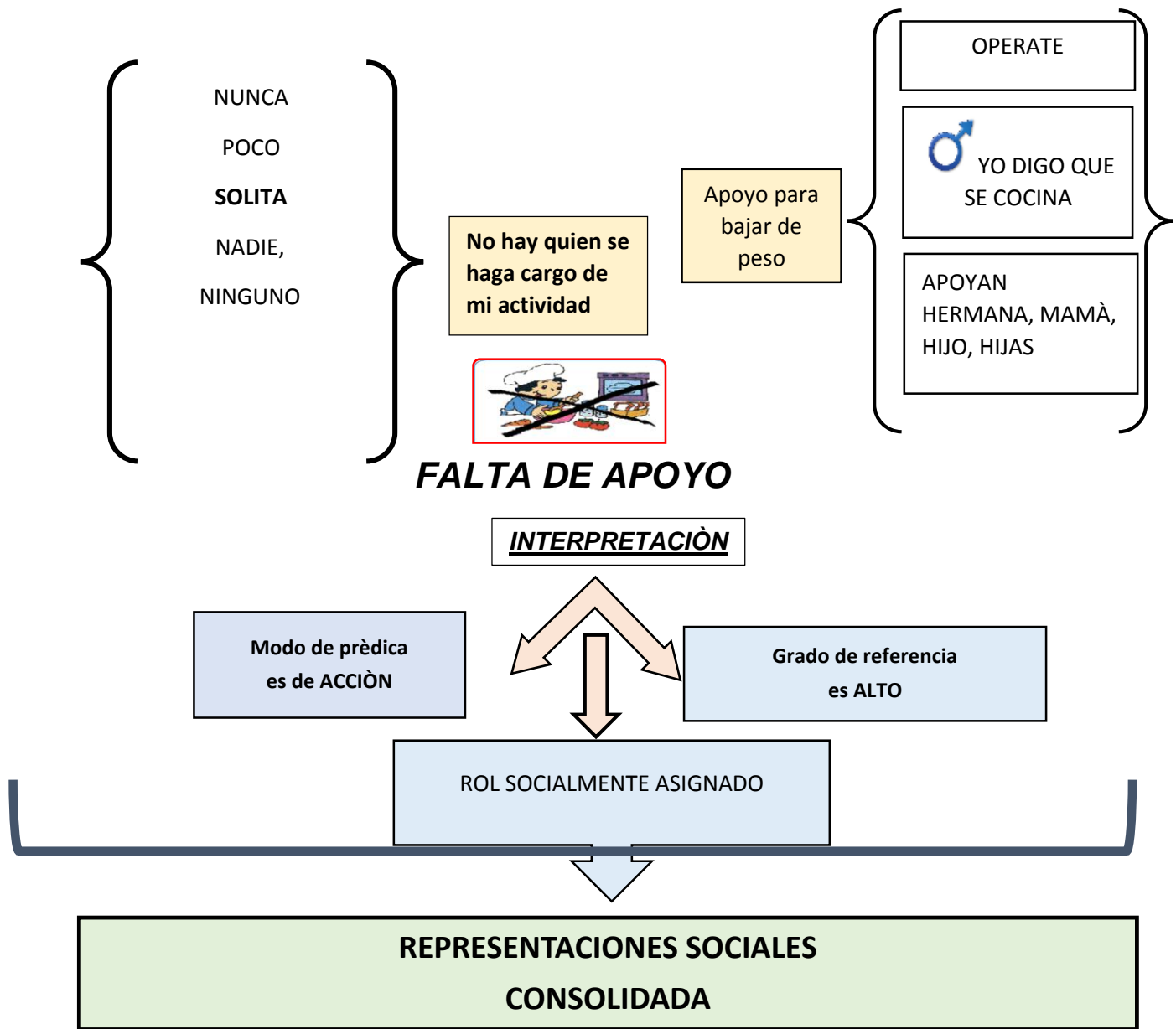
*“La AUTORIDAD la tiene mi papá, él toma las decisiones, yo cumpla el rol de hijo, de proveedor”*

Los discursos tiene un modo de prédica de acción y el grado de referencia es alto. Esto nos orienta que estamos frente a una representación social consolidada. Las personas mantienen lo aprendido en las antiguas generaciones y es corroborado por las nuevas generaciones.

## **7. Categoría: Falta de Apoyo**

### **Imagen 9**

**Análisis e interpretación de la categoría Falta de apoyo que se da a las personas con obesidad, 2017**



Fuente: Entrevista  
Realizado por: Miriann Mora

Los discursos expresaron como se manifiesta el apoyo familiar el mismo lo obtenían de la suegra, hermana, hija, hijo; expongo las siguientes expresiones:

MB11

*"Mi familia me puede ayudar, mi esposo no, viven lejos. Mi hermana..., ella es la más apegada con nosotros".*



Al preguntarles quién ocuparía su rol de cocinar si necesitara bajar de peso, surgió la idea núcleo “no hay quién se haga cargo de mi actividad”, cuyos sintagmas fueron “NO”, “ninguno”, “solita”, “nunca”, “nadie”. Se exponen en los siguientes discursos:

#### MF16

*“Yo hago las cosas porque paso en la casa no hay quien se haga cargo de mi actividad, mi hijita sale a trabajar, igual el esposo”*

#### DC23

*“Nadie me ayuda, mi hija es siempre solo a coscorriones para que haga las cosas, ella no es capaz de hacer nada preparar algo especial no, nadie me ayudaría”*

*“Mi mamá decía, así hay que atenderle al hombre bien atendido, tener listito su ropa bien planchadita, la comidita lista, mi esposo nunca ha cocinado si me gustaría darme unas vacaciones, no espero que se de eso”.*

#### JL13

*“nadie me apoya de ningún lado, siento que estoy sola, de la familia nada, ¡nunca me toman en cuenta en las decisiones!”*

#### SA22

*“Yo digo que haga la comida hoy día para eso está la mujer. Yo vivo tranquilo.”*

Las expresiones presentaron un modo de prèdica de acción y un alto grado de referencia. Estas manifestaciones encajarían dentro de las representaciones sociales consolidadas, porque culturalmente el rol de la cocina está asignado a la mujer y asimilado por muchas de ellas, tienen un rol que no puede ser desarrollado por otro miembro de la familia. Para constatación de lo dicho se exponen los siguientes discursos:

#### ME15

*“Me querían ayudar diciendo que vaya a operarme en el seguro y que en el seguro me operaban yo le dije no se... ya no me fui donde ellos”.*

### **SINTESIS DEL ANÁLISIS DE LAS CATEGORIAS ENCONTRADAS EN EL DISCURSO DE LAS PERSONAS CON OBESIDAD.**

**Tabla N° 4**

**Resumen de la categorización con su análisis e interpretación**

		ANÁLISIS	INTERPRETACIÓN				
	Categoría	Idea núcleo	Grado de referencia	Modo de prédica	Ideología	Dinámica familiar	Conclusiones
1	Imagen corporal de la familia	<b>gordita</b> sintagmas panzona sobrepeso anchitos	ALTA	ACCIÓN	Pauta repetitiva	<b>Estructura familiar</b> familias nucleares en su mayoría seguidas familias extendidas, familias transnacionales,	Representación social consolidada
2	Eventos de la vida	Casé. tuve hijos, Divorcié, Separé, Enfermé, celos	ALTA	ACCIÓN	Crisis normativas y Nonormativas	monoparentales interrumpidas, familias reconstituidas, familia ampliada.	Representación Social Consolidada
3	Dificultad para el desplazamiento	<b>Enfermedad física:</b> sintagmas dolor de rodillas, me canso, no puedo subir la loma. <b>Emocional</b> relacionarse con los demás estar saludable	ALTA	ACCIÓN	Saludable	Disfunción familiar más en obesidad mórbida, Triangulaciones positivas o negativas, holón parenteral presentó más y el	Son consecuencias de la obesidad hay una representación social consolidada gordito es signo de salud
4	Relación familiar	Relación buena, mala	ALTA	ACCIÓN	Valor moral	holón conyugal esta respetado, las familias que tiene	no es un representación social, se presenta relaciones tradicionales



5	Rol de género	<b>COCINAR</b> sintagmas cocino, cocinamos. Lavar, planchar, limpiar	ALTA	ACCIÓN	Diferencias marcadas entre hombres y mujeres	disfunción la falta de cumplimiento de roles, esta también afectada la cohesión, la armonía la afectividad entre los miembros de la familia.	Representación Social Consolidada
6	Autoridad patriarcal	<b>HOMBRE</b> sintagmas él, esposo, papi. Ambos, mami	ALTA	ACCIÓN	Conservadora y tradicional		Representación social consolidada
7	Falta de apoyo	<b>No hay quien se haga cargo de mi actividad:</b> ninguno, nadie, solita, nunca	ALTA	ACCIÓN	Rol socialmente asignado		Representación social consolidada

Fuente: entrevistas realizadas  
Realizado por: Miriann Mora

#### 4. Análisis de las categorías entre si

Tabla N° 5

Análisis de las categorías entre sí obtenidas de los discursos de las personas con obesidad. 2017

Categoría	1 Imagen Corporal	2 Eventos de la vida	3 Dificultad para desplazarse	4 Relación familiar	5 Rol de genero	6 Autoridad patriarcal	7 Falta de Apoyo
1 Imagen Corporal		Es una representación social, la primera es aprendida, es una pauta repetitiva y la segunda, surge de una crisis, generan el mismo resultado que es estar gorditas.	Es una representación social, la dificultad para desplazarse es una consecuencia, estar gorditos produce dolores articulares y dificultad para relacionarse con los demás.	No afecta las relaciones familiares la mayoría son buenas entre los miembros de la familia, salvo excepciones.	Es una representación social que está muy marcada en las familias de los entrevistados, el rol a las mujeres se le ha sido designado que son los QQ.DD	La imagen y la autoridad no están vinculadas ya que esto esta designado a los hombres dentro de las familias.	La imagen es una pauta repetitiva. No existe un apoyo verdadero para que la persona con obesidad pierda peso.
2 Eventos de la vida	Representaciones sociales aprendidas y surgen en crisis lo cual lleva a pautas repetitivas.		Los eventos son representaciones sociales mientras de la dificultad es una consecuencia No se vinculan, porque difieren la forma de manifestarse.	Ha producido crisis normativas y para normativa que ha llevado a que las relaciones sean buenas y malas.	Sean casadas, solteras cumplen un rol que son los QQ.DD.	La autoridad patriarcal se ha mantenido en las generaciones así se haya cambiado de ciclo vital.	Representaciones sociales aprendidas, no siempre constructivos porque no hay un apoyo verdadero.

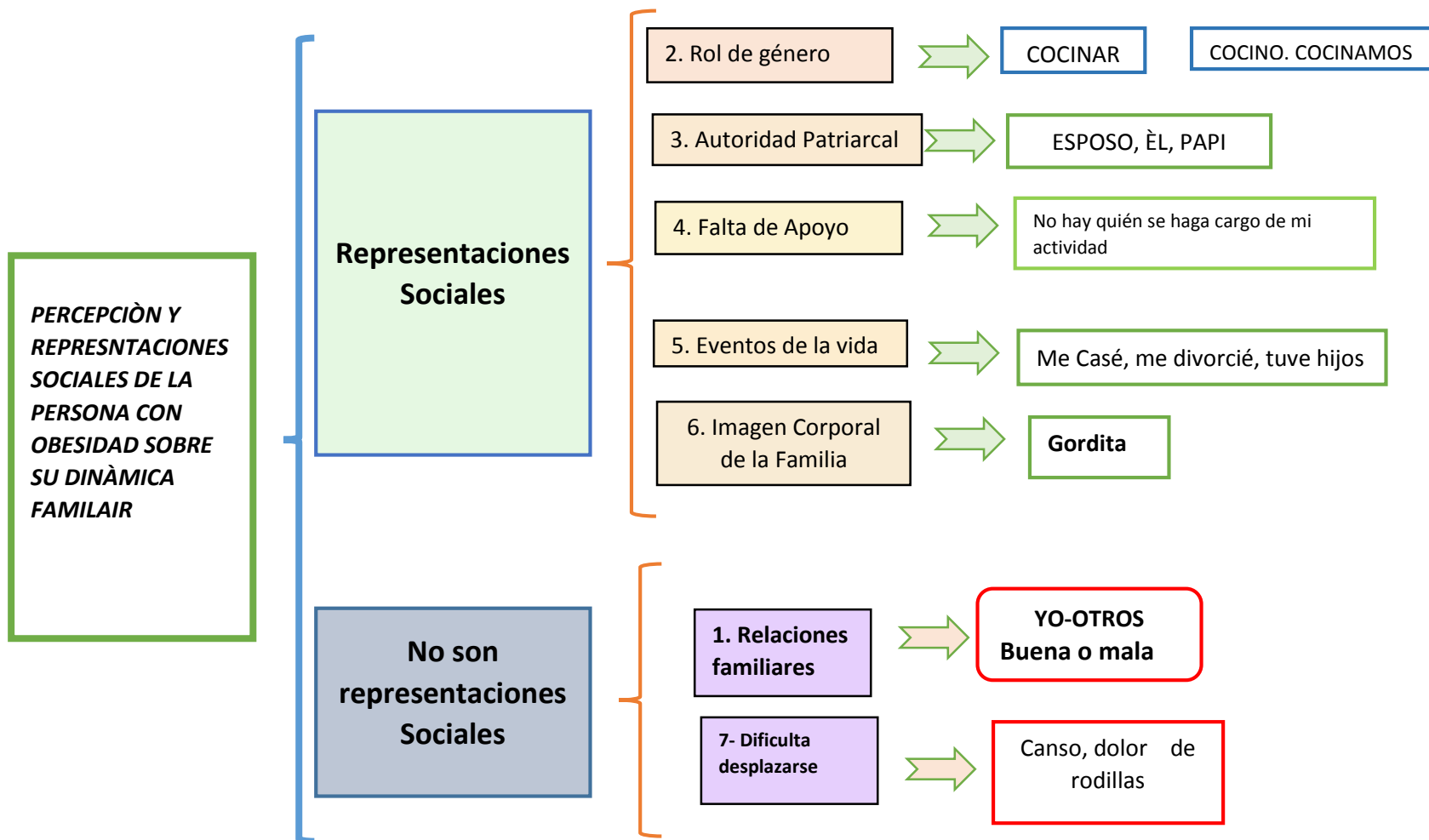


<b>3 Dificultad para desplazarse</b>	No es una representación social, es una consecuencia de la obesidad, no está vinculada con la imagen corporal.	La dificultad es una consecuencia, los eventos de la vida son representaciones sociales. No depende entre sí, porque difieren la forma de manifestarse.		No se mencionaron dificultad para desplazarse como algo que produjera alteraciones en las relaciones. No son representaciones sociales.	No hay lazos entre estas dos categorías, los entrevistados cumplen sus roles asignados así tengan molestias físicas o emocionales.	No hay lazos entre estas dos categorías, la dificultad para desplazarse no aumenta ni disminuye su autoridad	Esta categoría necesita de un apoyo verdadero para disminuir las consecuencias de la obesidad.
<b>4 Relación familiar</b>	No afecta las relaciones familiares la mayoría son buenas entre los miembros de la familia.	No es una representación social pero al producirse crisis normativas y parainformales que son representaciones sociales lleva a que las relaciones sean buenas y malas.	Los participantes no mencionaron esta dificultad como algo que produjera alteraciones en las relaciones, no son representaciones sociales.		Las relaciones familiares serán buenas mientras los roles implantados se cumplan.	Las relaciones familiares se verán afectadas si la autoridad es exagerada por parte de quien la ejerce.	Las relaciones se afectan, si el apoyo interno no es verdadero.
<b>5 Rol de género</b>	El rol asignado a las mujeres en las familias ha sido designado de generación en generación.	Sean casadas, solteras cumplen un rol que son los QQ.DD	No hay lazos entre estas dos categorías, los entrevistados cumplen sus roles asignados así tengan molestias	Mientras los roles implantados se cumplan, las relaciones familiares serán buenas		Son categorías que están fuertemente vinculadas. Representaciones sociales, los roles se asignaron y	Estas categorías están muy enlazadas. el rol sobre todo cocinar no puede ser asumido por



	Es una representación social					hay una autoridad patriarcal que verifica su cumplimiento	otro miembro reflejando el falso apoyo
<b>6 Autoridad Patriarcal</b>	Representación social consolidada entre los entrevistados, la misma que se da de generación en generación, al igual que la pauta repetitiva del peso	Tienen un vínculo débil entre sí. La autoridad patriarcal se ha mantenido en las generaciones así se haya cambiado de ciclo vital.	No hay lazos entre estas dos categorías, la dificultad para desplazarse no aumenta ni disminuye su autoridad	Las relaciones familiares se verán afectadas si la autoridad es exagerada por parte de quien la ejerce	Estas categorías están fuertemente vinculadas por ser representaciones sociales consolidadas, los roles se asignaron y hay una autoridad que verifica su cumplimiento		Estas dos categorías están vinculadas con el rol de género mientras la autoridad mantenga intocable el rol no habrá un apoyo verdadero
<b>7 Falta de Apoyo</b>	No existe un apoyo verdadero para que se pierda peso. Es una representación social consolidada. La imagen es una pauta repetitiva.	Las dos son representaciones sociales aprendidas, no siempre son constructivos porque no hay un apoyo verdadero.	Esta categoría necesita de un apoyo verdadero para disminuir las consecuencias de la obesidad	Las relaciones se afectan, si el apoyo interno no es verdadero.	La falta de apoyo refleja que los roles asignados como el cocinar no pueden ser tocados.	No se permite el compartir roles, ya que estos están bien establecidos y controlados por la autoridad patriarcal son representaciones sociales	

Fuente: entrevistas realizadas  
Realizado por: Miriann Mora

**Imagen 10****Resumen de la percepción y representaciones sociales por orden de jerarquía en la personas con obesidad. 2017**

Fuente: entrevistas realizadas  
Realizado por: Miriann Mora

## 5. Resultados de los profesionales entrevistados (Triangulación)

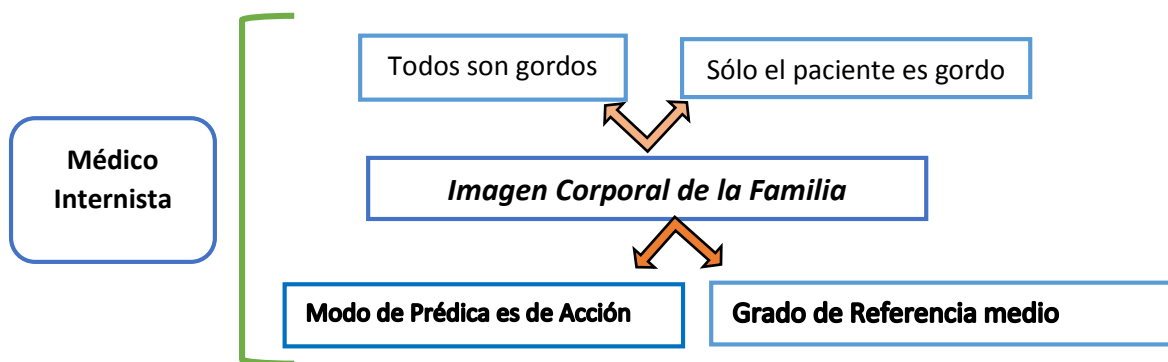
A los profesionales de la salud como el médico internista (MI), el cirujano plástico (CP) y la nutricionista (NU), se les entrevistó con la finalidad de realizar la triangulación del estudio.

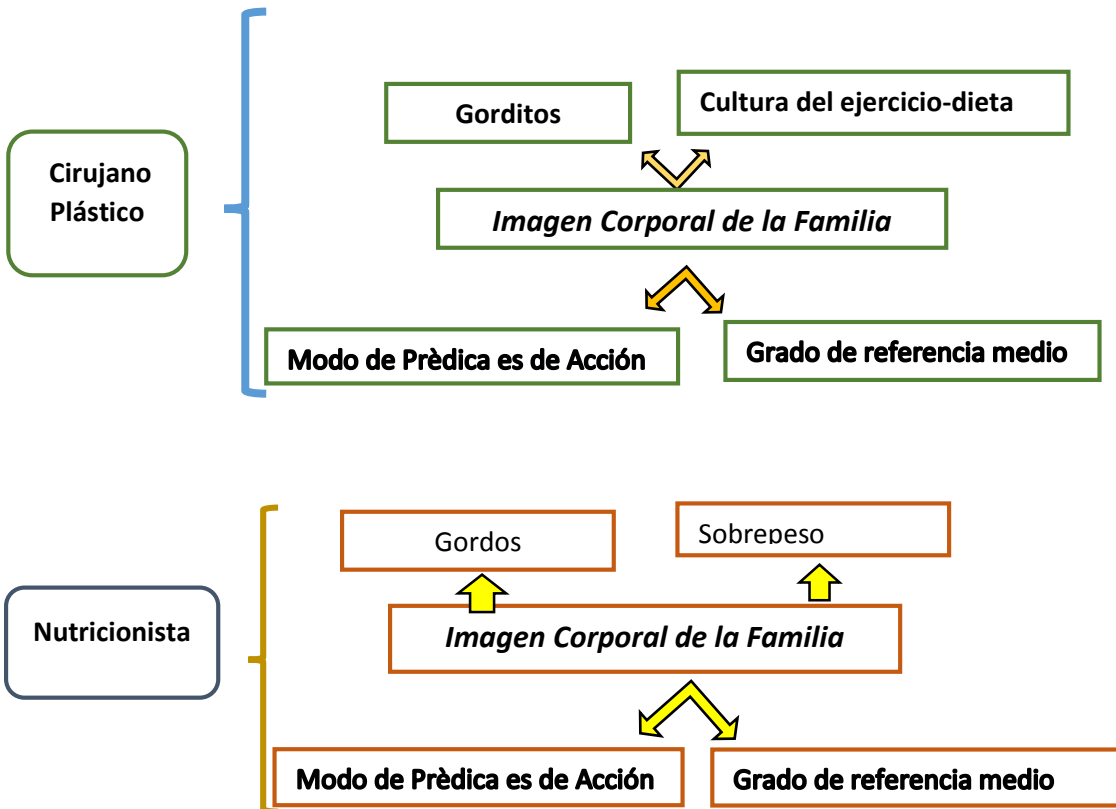
Las preguntas que se les realizó se enfocaron en las categorías que se obtuvieron de los discursos de las personas con obesidad, estas preguntas fueron: ¿cómo es la imagen corporal de la familia del paciente con obesidad?, ¿cómo le apoya la familia al paciente con obesidad?, ¿cuál es el motivo para que suben de peso?, ¿cómo les afecta el estar con exceso de peso?, ¿quién tiene la autoridad dentro de la familia del paciente con obesidad?, ¿cómo es la relación de la familia con las personas con obesidad?, ¿qué rol tiene el paciente con obesidad dentro de la familia? A continuación se describe el valioso aporte realizado por los profesionales.

### 1. Imagen Corporal de la Familia

#### Imagen 11.

**Imagen corporal de la familia de las personas con obesidad, según los profesionales de la salud. 2017**





Fuente: Entrevistas

Realizado por: Miriann Mora

Los profesionales de la salud mencionan que la familia de los pacientes con obesidad, son todos gorditos y son felices, otros, de peso normal que son los que obligan al paciente que baje de peso. También están los que tienen la cultura del ejercicio-dieta, sus discursos tienen un modo de prédica alto, porque expresan lo que han visto en sus pacientes y un bajo grado de referencia, porque nos dan apenas algunos datos de lo que conocen.

A continuación se describen algunas expresiones de los entrevistados:

MI

*“tipo de familia ahí están los dos grupos familiares... en el cual todos son gordos todos son felices” (...) “hay otro modelo en el que la familia tiene otra contextura física y sólo el que tiene sobrepeso es el paciente con la enfermedad”.*

CP

*“Creo hay mucha variabilidad, no creo que se cumpla un parámetro que todos son gordos en casa”. “Es frecuente ese comentario todos en mi casa somos gorditos” (...) “Pero ahora hay la cultura del ejercicio, la cultura de la dieta”.*

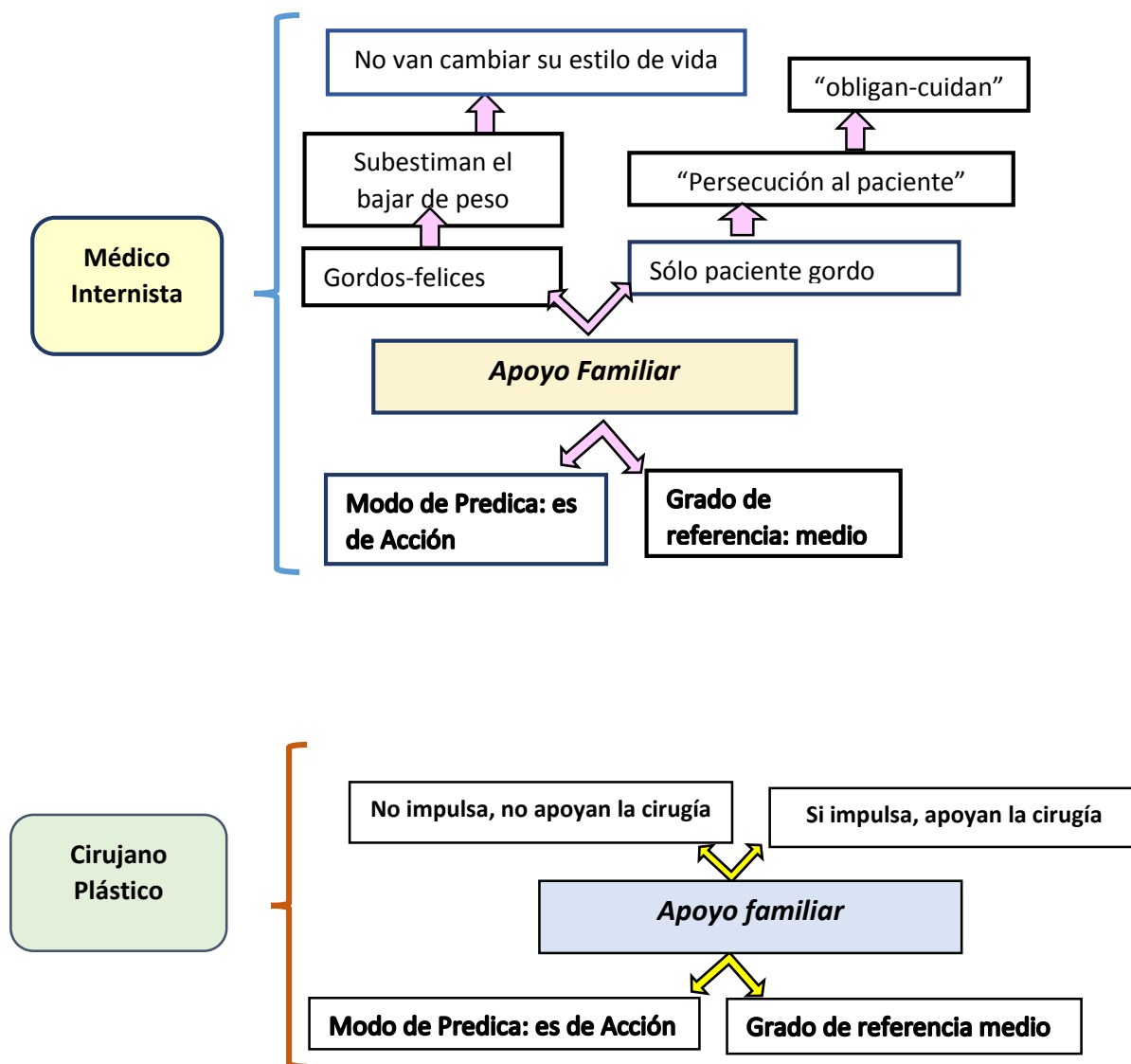
NU

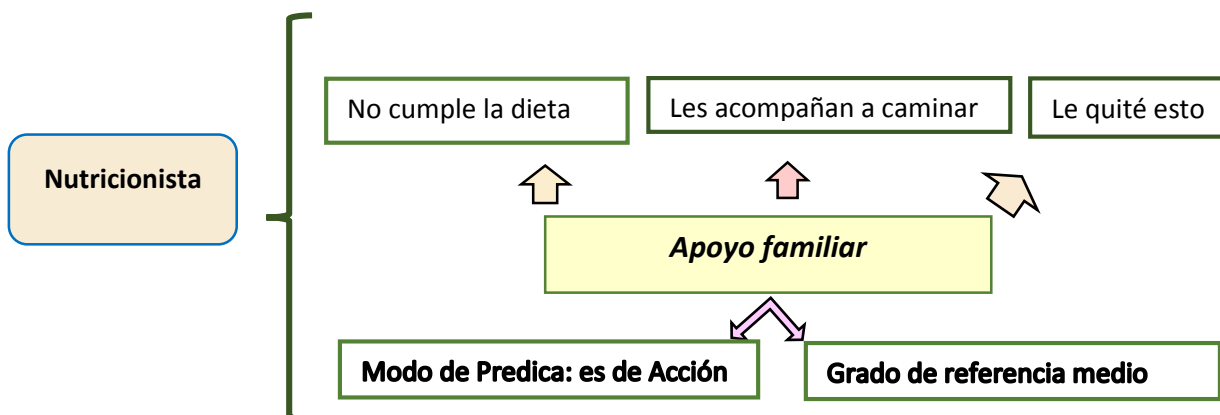
“La mayoría de los casos, la familia que tiene sobre peso y obesidad”

## 2. Apoyo familiar

Imagen 12.

**Análisis del apoyo familiar en los pacientes con obesidad, según los profesionales de la salud.2017**





Fuente: Entrevistas

Realizado por: Miriann Mora.

Cada profesional menciona como ha visto el apoyo familiar desde la rama que ellos están familiarizados, las expresiones son, “no van a cambiar su estilo de vida”, “no le apoyan a que se opere”, “salen a caminar con ellos”, “que cumplan la dieta”. Este paradigma tiene un modo de prédica alto y un grado de referencia medio porque es lo que ellos han visto (Imagen 12).

Estas son las expresiones emitidas por los profesionales de la salud:

MI

“Es más no le paran bola al asunto (...) Dicen si, si está bien pero subestiman” (...)

CP

“entonces ahí se da un especie como de entre comillas de persecución al paciente, porque no se cuida, en definitiva es que le acusan siempre que no se cuida es que no se cuida.”

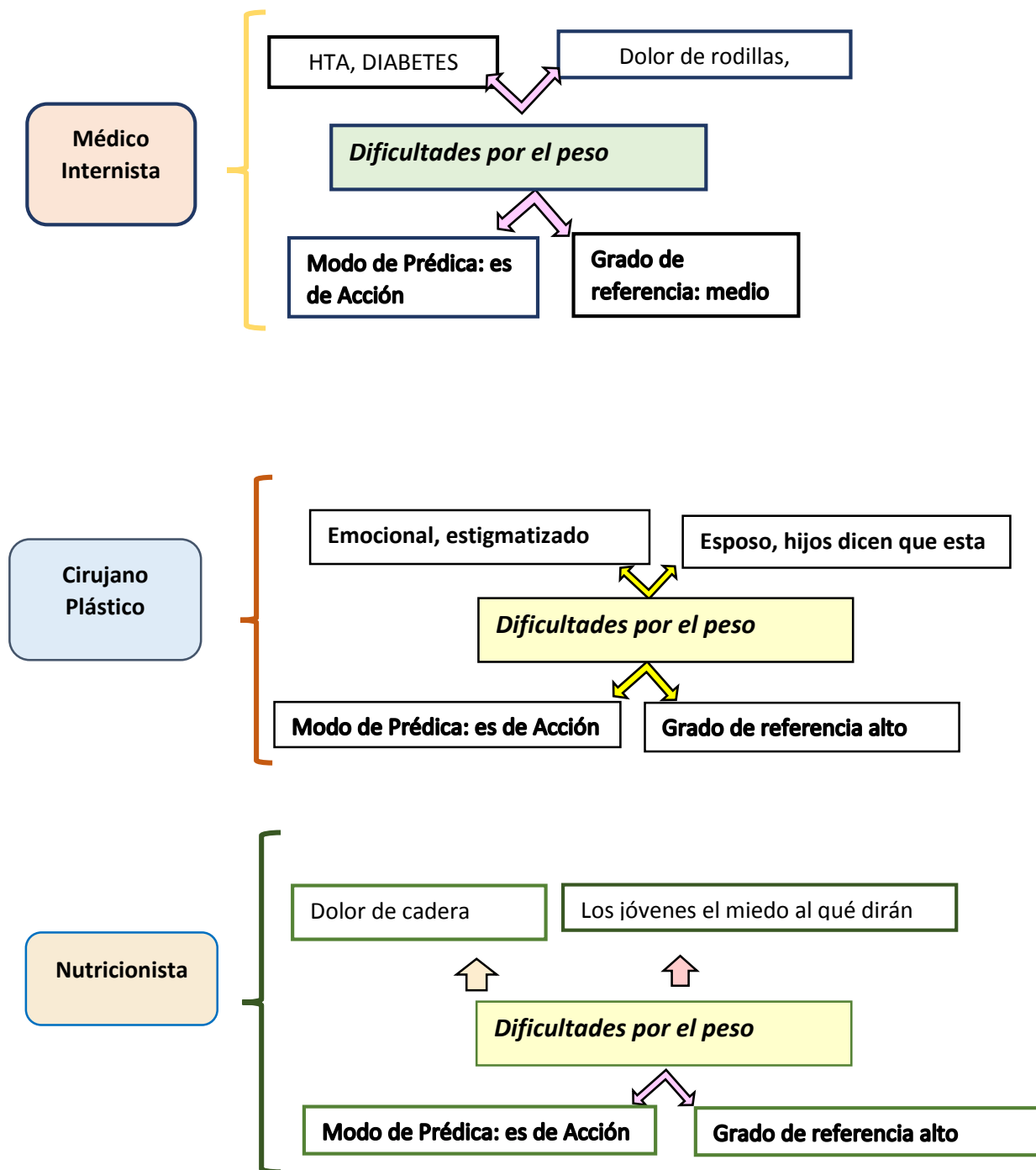
NU

“Hay personas que bajan de peso porque cumplen la dieta con el apoyo de los familiares”. “Hay familias que si les echan la culpa, porque dicen que ellas les ayudan dando el apoyo que les acompañan a caminar.” “Les dicen que se cuiden en la alimentación, que hagan deporte, que sigan comiendo en casa.”

### 3. Dificultades que tiene las personas con obesidad por su peso

### Imagen 13

**Análisis de las dificultades que tienen las personas obesas por su peso según los profesionales de la salud**



Fuente: Entrevistas  
Realizado por: Miriann Mora





En los discursos mencionan que los problemas son el dolor, las enfermedades crónicas, lo emocional, coincidiendo en esta parte dos profesionales, los paradigmas revelados son propios de la especialización que se tiene.

El modo de predica es de acción y el grado de referencia es alto. Se mencionan algunas expresiones de los participantes:

“No más bien el peso no es motivo de consulta hay gente viene por problema presión alta, su diabetes, artrosis de rodillas a veces, artrosis de cadera, lumbalgia”.

“Problemas son emocionales”, “siendo estigmatizados los pacientes gordos o con obesidad.”

“En jóvenes les molesta por el que dirán, en las personas adultas, los dolores de las caderas”.

#### **4. Motivos para subir de peso**

Todos los profesionales de la salud coinciden que las causas para que suban de peso son el sedentarismo y la falta de actividad física. Un profesional subraya que los pacientes no quieren comprender que es por lo antes mencionado, que suben de peso. Se evidencia en los discursos un paradigma positivista, el modo de prédica es de acción y un grado de referencia alto, porque todos están seguros de lo que origina la obesidad. Se describe algunas expresiones referentes al tema:

*“La gente básicamente no acepta que es por sedentarismo y mala alimentación que suben de peso”*

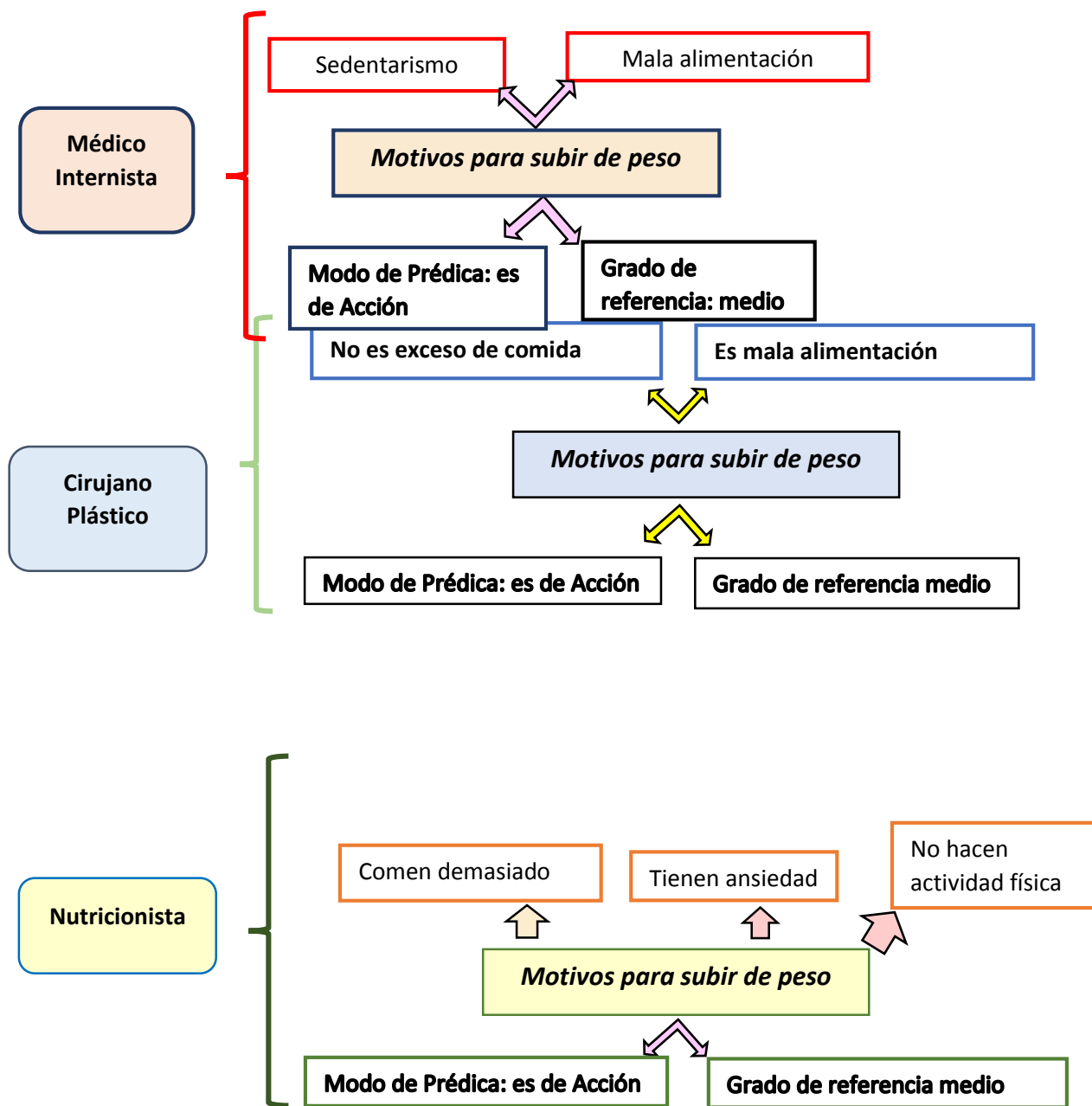
*“El tema hay que explicarles bien, todo el mundo sabe que el peso es malo... uno tiene que demorarse un poquito más para explicarles, porque el peso es malo, porque le perjudica a la gente cuando se les explica entiende si entiende” (.....)”La familia que más entiende es la que más se asusta, porque ver el toro de lejos es más fácil”.*

*“No tener tiempo para. (...)No tener tiempo para comer bien, no tener tiempo para hacer ejercicio, no tener tiempo para cuidarme”*

*“No se pueden controlar en la comida que tienen demasiado apetito, demasiada ansiedad, ellos no hacen nada ningún deporte ni nada de actividad, ellos pasan más sedentarios”*

## Imagen 14

Motivos por los que suben de peso las personas con obesidad según los profesionales de la salud. 2017



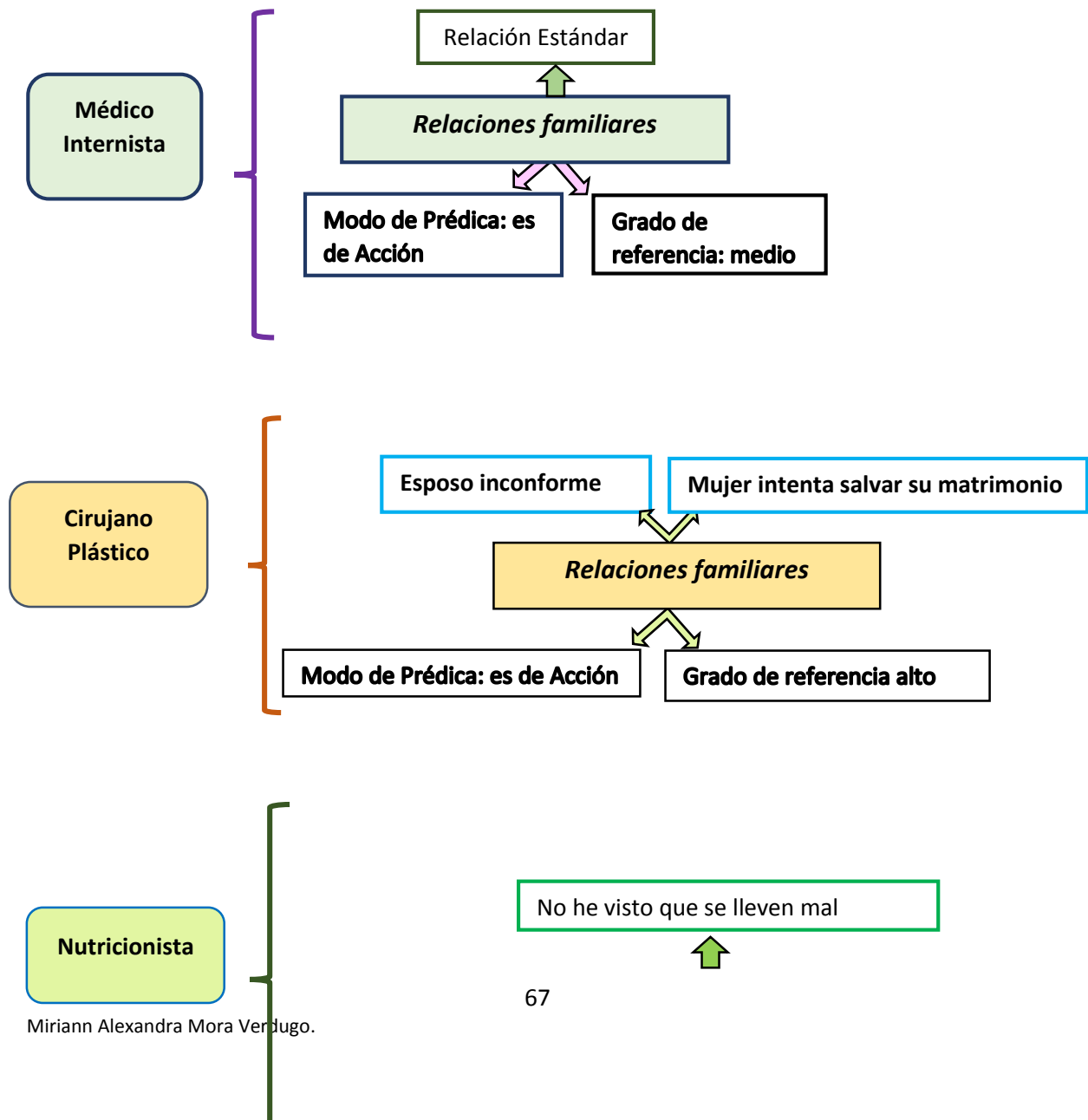
Fuente: Entrevistas  
Realizado por: Miriann Mora

## 5. Relaciones familiares

En los discursos expresan que las relaciones son estándar, buenas “hay conflictos entre los esposos por el peso”, hace que esté en “riesgo el matrimonio”, que en algunos casos la solución para este conflicto es “operarse”.

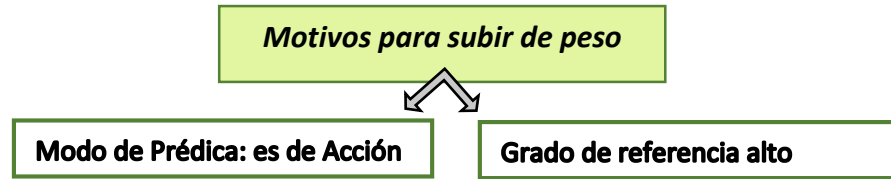
### Imagen 15

Relaciones familiares de las personas con obesidad según los profesionales de la salud. 2017





11.  
12.



**Fuente:** Entrevistas  
**Realizado por:** Miriann Mora

Estas expresiones tienen un modo de predica de acción y un alto grado de referencia. Por esta razón sus entrevistas están orientadas a preguntar a las personas con obesidad sobre la mala alimentación y actividad física. Las expresiones de los profesionales entrevistados son las siguientes:

**MI**

*“Tiene su relación estándar dentro de la familia”. “Sabe que es muy frecuente la inconformidad del hombre con su pareja por la obesidad que es muy alta, entonces creo yo, que la mujer en la búsqueda de mejorar su vida matrimonial, para no perder a su marido, verse más bonita, más sensual, más atractiva”*

**CP**

*“La relación con la familia(.....) en adolescentes que están gorditas las mamás como también son gorditas, les molestan, que solo vean la televisión, que sigan comiendo comida chatarra, entonces ellas dicen que no sigan el ejemplo de las mamitas( ...) de ahí de llevarse mal no he visto eso no”.*

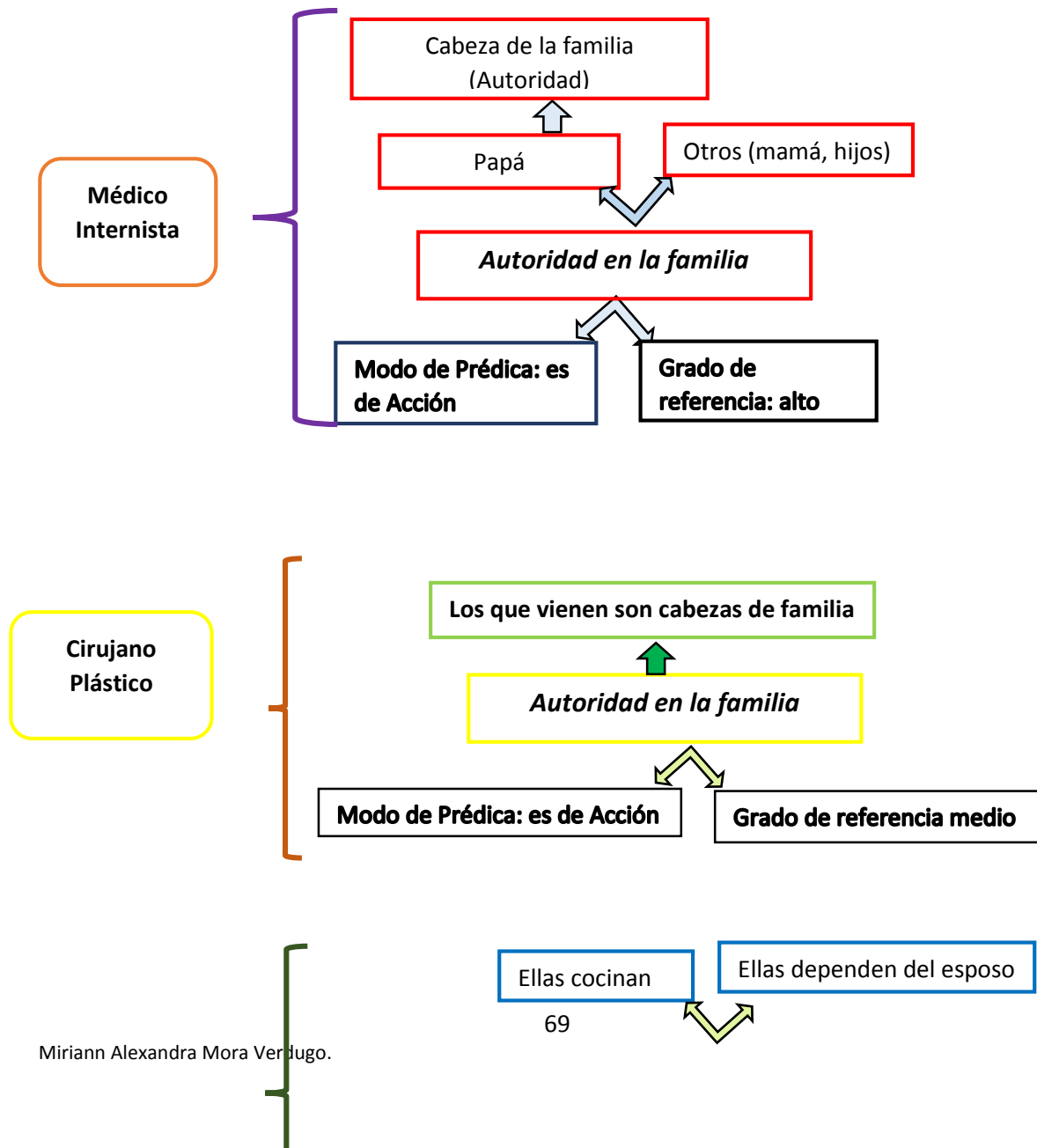
**NU**

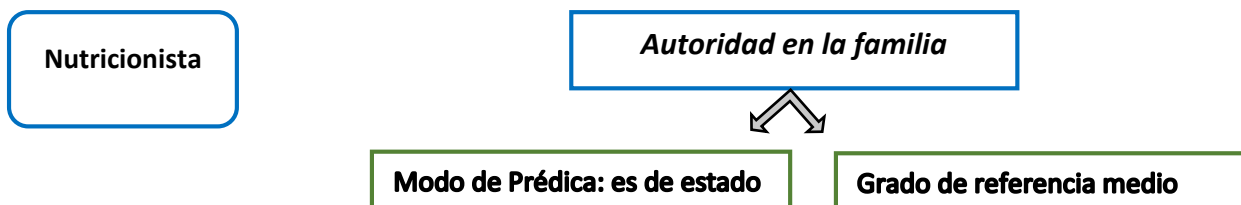
*“No he visto que se lleven mal”*

## 6. Autoridad en la familia

Gráfico16.

Autoridad en la familia de las personas con obesidad según profesionales de la salud.2017





Fuente: Entrevistas

Realizado por: Miriann Mora

Los profesionales ratifican la autoridad patriarcal que se obtuvo en el discurso de las personas con obesidad. Uno de los profesionales confirma la autoridad del hombre con sintagmas “el papá es la autoridad” “es nuestro modelo”; otro profesional indica que la “mujer ya es similar al hombre”, y otra expresión nos dice, que la mamá es la que prepara y sirve los alimentos” reflejándose esta parte, como una autoridad en la cocina.

Se adjunta algunas de las expresiones emitidas por los profesionales de la salud.

MI

*“Depende si son papás, mamás o hijos, entonces en un caso, son cabeza de familia en el otro, son parte de la familia (...)”*

CP

*“No pues depende de qué rol tenga dentro en la familia el papá es la autoridad es nuestro modelo social los hijos no representan autoridad dentro de la casa (...)”*

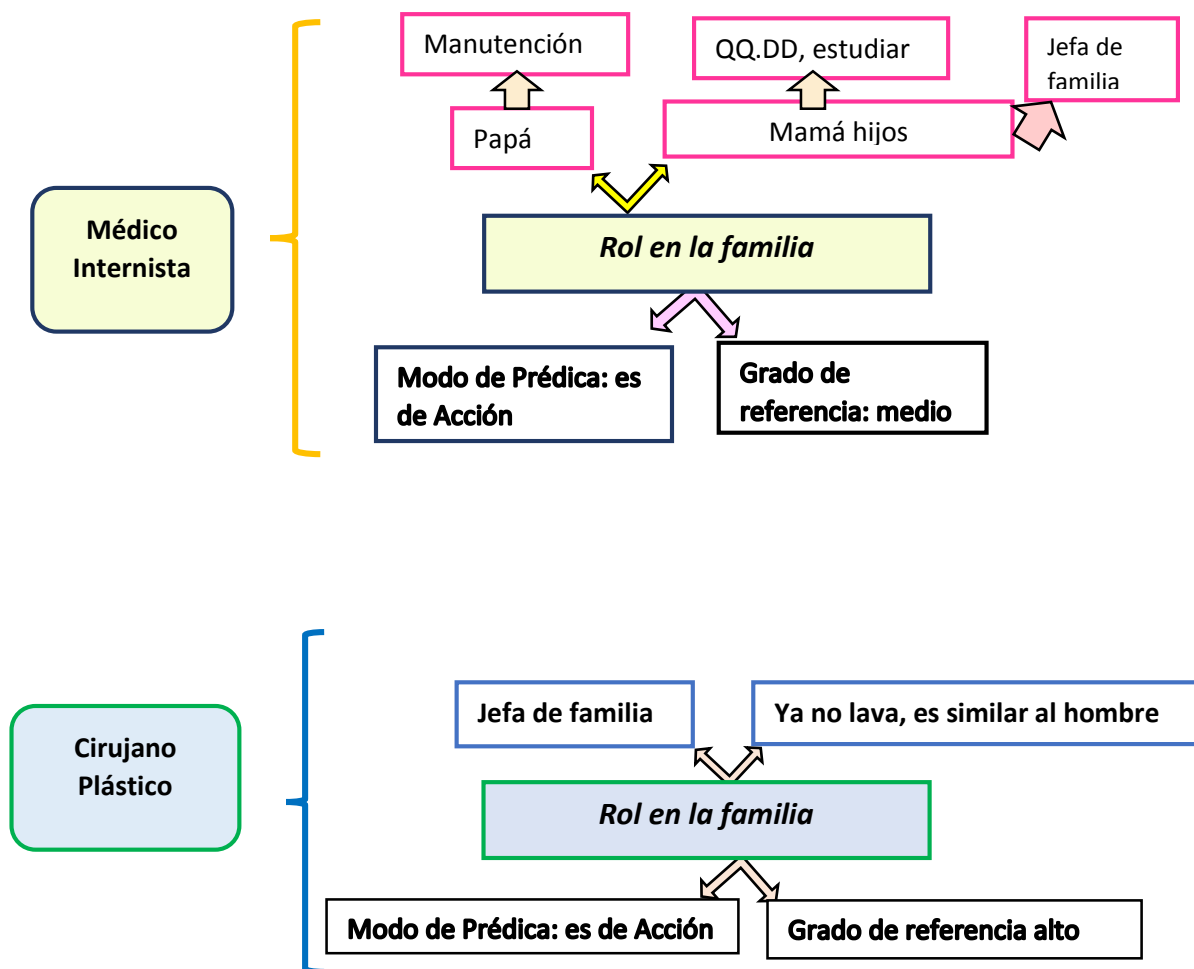
NU

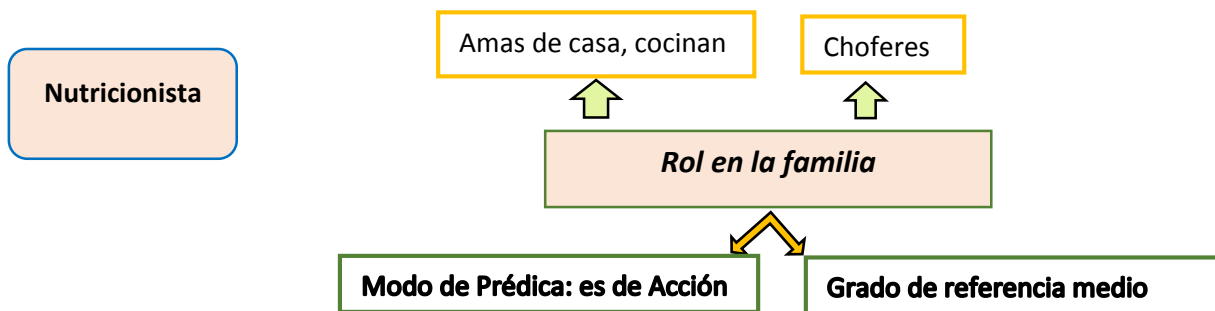
*“Yo Creo que la mayoría de los pacientes son aquellos que probablemente ya han venido de un divorcio, son cabezas de familia, toman la decisión de cambiar (...) Yo tomo la decisión”. “Ellas son las que preparan los alimentos, son las que sirven los alimentos”*

## Roles en la familia

Gráfico 11.

Rol de la persona con obesidad dentro de la familia según los profesionales de la salud





**Fuente:** Entrevistas

**Realizado por:** Miriann Mora

Los discursos de los profesionales de la salud determinan que los roles están establecidos, reflejando con sintagmas como “mamá en los quehaceres domésticos” papá “manutención” o si son jefas o no de hogar, “son amas de casa”, coincidiendo con la idea núcleo de las personas con obesidad, que mencionaron que el rol que desempeñaban en casa era las actividades domésticas.

El profesional en su discurso tiene un modo de prédica de acción y un grado de referencia media, debido a que hay temas que no conoce y da referencias de lo que le han dicho. Se adjunta algunas aseveraciones.

“Si es mamá claro los quehaceres domésticos, si son hijos la parte del estudio si es papá el trabajo y la manutención del hogar la manutención económica ósea las actividades de un familia convencional en realidad”.

“Las mamás, depende si están como jefes de familia o están en el plano de mamás más bien depende del rol que tiene de las familia” “ya es la mujer es la cabeza de la familia, ya la mujer no es la que cuida a los niños, la que lava la ropa”. “El rol que la mujer ocupa ya es muy similar al hombre y en grandes ocasiones es pues un rol compartido entre el hombre y la mujer en la casa”.

“Son más amas de casa y choferes, lo que tengo son choferes y amas de casa, también tengo adolescentes”.



**TABLA Nº 6**

**RESUMEN DEL ANÁLISIS DEL DISCURSO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD**

<b>CATEGORÍA</b>	<b>IDEA NÚCLEO</b>	<b>MODO DE PRÉDICA</b>	<b>GRADO DE REFERENCIA</b>
Estado nutricional de las generaciones familiares	Gorditos, sobrepeso Normales Tienen una cultura de ejercicio y dieta	Acción	Medio
Apoyo familiar	Apoyan, obligan No apoyan a que se operen Impulsan y no impulsan Cumplan la dieta acompañan a caminar	Acción	Medio
Causas que suben de peso	Sedentarismo y mala alimentación, comen demasiado, no hacen ejercicio	Acción	Alto grado
Afecta el peso en la vida diaria	HTA, DMT2, dolor de cadera, emocional	Acción	Alto grado
Relación familiar	Relación estándar, no he visto que se lleven mal	Acción	Distorsionante
Roles	Igual al hombre ellas preparan la comida	Estado	Distorsionante
Autoridad	Papá la autoridad Mamá QQDD, prepara los alimentos Hijo estudiar	Acción	Alto grado

Fuente: entrevistas realizadas

## 7. Resumen del análisis

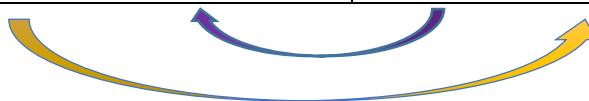
**Tabla N° 7 Resumen de los discursos de las personas con obesidad y los profesionales de la salud**

Persona con obesdiad						Profesionales d ela Salud			
	Categoria	Modo de prèdica	Grado de referencia	Respuestas		Cate goria	Mèdico Internista	Cirujano Plàstico	Nutricionista
1	Relaciones Familiares	Acciòn	Alto	Buena- mala		1	Relaciòn Estàndar	No sabe	llevarse mal no he visto
2	Rol de gènero	Acciòn	Alto	Cocinar, lavar, plançar, limpiar		2	papà proveedor, mamà QQ.DD	ya no lavan, no cocinan	cocinan
3	Autoridad patriarcal	Acciòn	Alto	Esposo, èl, papà, ambos		3	papà	las mujeres pueden ser jefes de familia	ellas controlan la comida
4	Falta de apoyo	Acciòn	Alto	No hay quien se haga cargo de mi actividad	↔	4	controlan, obligan	no apoyan a la cirugía	dieta, acompañan a caminar
5	Eventos de la vida	Acciòn	Alto	Me casè, me divorciè, tuve hijos		5	sedentaris mo, mala alimentaci òn	mala nutriciòn	no hacen actividad física, sedentarismo
6	Imagen corporal de la familia	Acciòn	Alto	Gorditos		6	Todos gorditos, sòlo el paciente es gordo	no hay gordos en la familia	Gordos y sobrepeso
7	Dificultad para desplazarse	Acciòn	Alto	Dolor de rodillas, me canso, estètico		7	Acciòn	emocional	dolor de cadera

COMÙN	CONTRADICCIONES
-------	-----------------

La mujer cocina, está encargada de los quehaceres domésticos. A veces puede ser jefe de familia, coinciden en que el hombre tiene la autoridad. En la imagen corporal indican que la familia podría ser gordita en el dolor de las rodillas, y lo emocional.

Mencionan relaciones estándar o no saben. Suben de peso por sedentarismo, comen mal. Indican que si hay apoyo de la familia, al controlarles lo que comen, al no apoyarlas que se operen, salen a caminar con ellos.



Fuente: Entrevistas  
Realizado por: Miriann Mora

## Discusión

El estudio de la familia en las personas con obesidad, ayuda sobre todo, al enfoque integral que se puede dar a esta población, cuando se realice un programa de intervención, se recomienda un tratamiento no farmacológico en forma individual. Como dice Skelton “et al”<sup>42</sup> cuando afirma que el “patrón oro” es enfocarse en la familia, ya que el estudio de la misma, permite destacar importantes puntos de influencia para el tratamiento. Esto explica, lo que se aprendió en el núcleo familiar favorece o dificulta una intervención médico-nutricional.

En las categorías como autoridad patriarcal, falta de apoyo, eventos de la vida, rol de género, imagen corporal de la familia, están presentes las representaciones sociales, cuyo conocimiento que se dio en el núcleo familiar, que se ha compartido y difundido de generación en generación mediante el discurso, prácticas, ideas, valores que se encuentran impregnadas en el subconsciente de las personas de un grupo social primario, en este caso, la familia.

El estudio de “las representaciones sociales en el cuerpo en adolescentes”, menciona que el ser gordo no les permite “encajar” en la sociedad, esto les crea preocupación<sup>41</sup>. Este aspecto también lo expresó un profesional de la salud, al indicar que las personas obesas son excluidas por su aspecto nutricional. En el presente estudio las personas entrevistadas son mayores de edad pero se observa, que han sido acoplados a su grupo social, por eso aceptan sus roles y la autoridad que los demás ejercen sobre ellos.



La autoridad patriarcal permite observar, que en el rol de poder se hacen presentes en las expresiones de los entrevistados, ya sea siendo ellos quienes ejercen el poder o son los que viven bajo este poder. Skelton “et al”<sup>42</sup>. Indica en su estudio, que no se necesita autoridad, sino de un líder para que funcione el tratamiento de la obesidad. Esto es verdad ya que la presencia de una autoridad patriarcal dificulta que se den roles compartidos, apareciendo lo que se ve en el estudio, el apoyo intangible hacia las personas con obesidad cuyo principal rol es cocinar, obstaculizando el cumplimiento de tratamientos no farmacológicos.

Las relaciones familiares no son representaciones sociales, sin embargo, estas al ser buenas o malas se visibilizan cuando una de las estructuras básicas de la personalidad como el Yo no está bien con los otros, entonces se produce un problema de orden moral. Es decir, todo marchará bien mientras el yo esté emocionalmente bien, pero si se produce una desavenencia con el otro o los demás, las relaciones personales se estancarán, hasta que no se reestablezca la comunicación entre ambas partes.

La representación social eventos de la vida, fue el inicio para la obesidad, camuflando las crisis normativas y para-normativas que no fueron solucionadas aparentemente, más las pautas repetitivas que se observó contribuyen a la obesidad. Cabello, “et al”<sup>23</sup> los llama eventos de la vida estresantes, explica que la comida es el refugio para las frustraciones, los temores, la depresión, sumando a esto los hábitos alimenticios, igual obesidad. Ocampo “et al”<sup>43</sup>, menciona que la obesidad apareció luego de eventos de crisis normativa que suceden en los cambios del ciclo vital de la familia. Reafirmando que estas representaciones sociales surgieron en situaciones decisivas y de crisis.

En este estudio se percibió una falta de apoyo, que es difícil cambiar los hábitos de vida, si la familia no brinda un apoyo interno, porque no están dispuestos a tomar roles que socialmente ya fueron asignados sobre todo a la mujer en la cocina. En el estudio de Ocampo “et al”<sup>43</sup> menciona además, que la familia invita al paciente a cambiar sus hábitos alimenticios, pero para ser aceptados dentro de la familia tienen que comer lo que todos ingieren<sup>43</sup>.

En la representación social del rol de género, que es un modelo tradicional donde la mujer continúa cumpliendo el rol que se le fue designado culturalmente a lo largo de los tiempos,



que es el cuidado de la casa. El cambio de papel de un individuo produce un cambio en el papel de los demás, esto se relaciona, si el rol de la mujer fuera reasignado dentro de la familia. Los resultados serían mejores para las personas, lastimosamente nuestro estudio demostró, que esto no está visibilizado en la familia que se refleja en la falta de apoyo.

Las personas con obesidad mencionan que sienten cansancio y dolor de rodillas, este hecho coincide con los profesionales de salud que indican, que los pacientes presentan dolor de rodilla y cadera. Un estudio realizado por Ocampo "et al"<sup>43</sup> que evalúa la percepción de riesgo para la salud, en su entrevista, las personas manifiestan que no pueden caminar, que se cansan<sup>43</sup>. A pesar que estaban presente en todos los participantes no se la puede catalogar como una representación social porque, surgieron o aparecieron con la obesidad, por lo tanto, es una consecuencia de la misma.

Finalmente las representaciones sociales encontradas en el estudio son complejas, pero ayuda a comprender porque las personas con obesidad no pueden bajar de peso, debido a que el tratamiento de la misma, debe ser multidisciplinario. Un estudio identifica que para proporcionar una consejería sobre la alimentación, se debe preguntar como un paciente vive en su casa, lo cual permite comprenderles y realizar un mejor tratamiento <sup>44</sup>.



## CONCLUSIONES

1. Las personas con obesidad severa presentaron mayor disfunción familiar, siendo el más afectado el incumplimiento de roles.
2. La estructura familiar, no se ve que tenga relación con la presencia de obesidad, porque el problema está en todo tipo de familias.
3. Este estudio permite conocer que la génesis de la obesidad no está solo en la mala alimentación y el sedentarismo. Hay que mirar desde las representaciones sociales como, autoridad patriarcal, apoyo intangible, rol de género, eventos de la vida, pautas repetitivas de la obesidad.
4. El tema relacional es fundamental para comprender al otro. Cuando una relación gira en torno solamente al Yo, siempre será deficiente porque necesita del otro para afianzar su yo.
5. En la familia el rol de mujer es inflexible, evitando que otro miembro de la familia cumpla estas funciones que van orientadas hacia responsabilidad en los quehaceres domésticos, sobre todo, en la cocina.
6. En este estudio la autoridad patriarcal aparece como una representación social consolidada dentro de las familias, que termina afectando significativamente las relaciones, los roles y el apoyo de la familia hacia la persona con obesidad.
7. Toda la familia externamente parece estar dispuesta ayudar a las personas que padecen obesidad, sin embargo, a la hora de la realidad nadie es capaz de asumir el rol que desempeña, dejando a la persona obesa a la deriva lo que permite observar la falta de apoyo.



8. Los eventos de la vida en los entrevistados, corroboran que las representaciones sociales surgen luego una crisis, las mismas que son normativas y para-normativas.
9. En el estudio se observó también que la obesidad es una pauta repetitiva que tiene como base las representaciones sociales, muy arraigadas dentro de la familia.
10. La categoría que representa la dificultad para desplazarse en las personas con obesidad, no es una representación social, es una consecuencia que padecen las personas con obesidad.
11. Los profesionales de la salud no conocen la realidad de los pacientes por dentro de la familia, prescriben dietas, ejercicio y programas educativos basados en la preparación médica en la que fueron instruidos, pero las personas entrevistadas manifiestan que no hay quien se haga cargo de su rol. Por lo que el apoyo psicológico debería ser el primer paso del diagnóstico y tratamiento.
12. Finalmente, para que los programas educativos orientados al control de la obesidad, tengan un efecto positivo, es necesario que los encargados centren su atención en los roles, el apoyo familiar, eventos de la vida, autoridad y relaciones familiares de las personas con obesidad.

## **RECOMENDACIONES**

1. A los profesionales de la salud se recomienda mirar al ser humano de forma holística, de manera que el servicio que se brinde cumpla con los objetivos.
2. No estigmatizar a las personas con obesidad, sino más bien mirar desde la parte emocional.
3. Es importante conocer la realidad de las personas con obesidad en otras partes del país, especialmente de las zonas rurales.
4. Es importante incluir a la familia en el tratamiento de la obesidad, pero no como los que controlan lo que hace o dejar de hacer una persona obesa, sino que ayuden asumiendo los roles que una persona con obesidad realiza cotidianamente.



### Referencia bibliográfica

1. Huerta J. Medicina familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. México, DF: Editorial Alfil; 2005; pág. 15-21
2. Armas N, Díaz L. Entre voces y silencios, las familias por dentro. Quito: Ediciones América; 2007; pag 28-52
3. Anzures R, Chávez V, Gracia MaC, Pons O. Medicina Familiar. México DF: Editorial Mexicana; 2008 pag 22-54.127
4. Gallego A. Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. Colombia. Rev.VirUCN (internet).2012 (citado 10/12/2015); 35: 326-345 Disponible en <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/viewFile/364/679>
5. Solorzano M, Brandt C, Flores O. Estudio Integral del Ser Humano y su familia. Venezuela: Gráficas La Bodoniana: 2001; pag12
6. Peroni A. Obesidad y sobrepeso infantil. Estudio cualitativo en las familias pobres de Penalolen, Salud Problema (internet). 2005 (citado 29/11/2015); 1(18-19): 1-18. Disponible en [http://148.206.107.15/biblioteca\\_digital/articulos/4-141-2145oju.pdf](http://148.206.107.15/biblioteca_digital/articulos/4-141-2145oju.pdf)
7. Rossi C, Santana L, Fonseca J, Oliveira E, Damaceno L, Ferreira G. The elderly, their families and hypertension: the care in an aerobic physical training program. Rev. Temática Kairos Gerantologia (internet). 2011 (citado 02/12/2015); 14(3): 105-126. Disponible en <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/6492/4708>





8. Carlisle K J, Buser J, Cartisle R. la Childhood Food Addiction and the Family. SAGE Journal (internet). 2012 (citado 09/12/2015); 20(3); 332-339. Disponible en <http://hinarilogin.research4life.org/uniquesigtfj.sagepub.com/uniquesig0/content/20/3/332.full.pdf+html>
9. Nielsen LA, Nielsen TRH, Holm J. The Impact of Familial Predisposition to Obesity and Cardiovascular Disease on Childhood Obesity. Obes Facts (internet) 2015; 8:319-328. Disponible en <http://www.karger.com/Article/Pdf/441375>
10. Trindade A, Mantelo H, Silva S. Structural, Developmental and functional evaluation of the family on individuals with arterial hypertension. Rev .Gaucha Enferm. (internet). 2013 (consultado 10/12/2015); 34(1): 45-54  
Disponible en [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472013000100006&script=sci\\_arttext&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472013000100006&script=sci_arttext&lng=en)
11. Matthew D, McGonagle K, Schoeni R, Stafford F, Grandparental and Parental Obesity Influences on Childhood Overweight: Implications for Primary Care Practice.JABFM (internet). 2008 (citado 30/11/2015). 21(6); 549-554. Disponible en <http://www.jabfm.org/content/21/6/549.long>
12. Oliveira G, Oliveira T, Ikejiri A, Galvao T, Silva M, Pereira M. Prevalence of Obesity and Overweight in an Indigenous Population in Central Brazil: A Population-Based Cross-Sectional Study. Obes Facts(internet). 2015 (citado 30/11/15); 8:302-310. Disponible en <http://www.karger.com/Article/FullText/441240#>
13. Winter Y, Back T, Scherag A, Linseisen J, Rohrmann S, Lanczik O, et al. Evaluation of the Obesity Genes FTO and MC4R and the Type 2 Diabetes Mellitus Gene TCF7L2 for Contribution to Stroke Risk: The Mannheim-Heidelberg Stroke Study. Obes Facts (internet). 2011 (citado 01/12/2015); 4:290-296. Disponible en <http://www.karger.com/Article/Abstract/330881#>
14. Adegboye A, Andersen L, Wedderkopp N, Heitmann B. Influence of Parental Overweight on the Association of Birth Weight and Fat Distribution Later in Childhood. Obes Facts (internet). 2012 (citado 03/12/2015); 5:784-794 Disponible en <http://www.karger.com/Article/FullText/343916#>
15. StGeorge S, Wilson D. A Qualitative Study for Understanding Family and Peer Influences on Obesity-Related Health Behaviors in Low-Income African-American Adolescents.Chi (internet). (2012) (citado 4/12/2015); 8(5): 466-476. Disponible en



- <http://hinarilogin.research4life.org/uniquesigonline.liebertpub.com/uniquesig0/doi/pdf/10.1089/chi.2011.0067>
16. Bylund A, Benzein E, Persson C, Creating a New Sense of We-ness: Family Functioning in Relation to Gastric Bypass Surgery 2010. Liebertpub (internet). 2013 (citado 3/12/2015); 8(4):152-160 Disponible en <http://hinarilogin.research4life.org/uniquesigonline.liebertpub.com/uniquesig0/doi/pdfplus/10.1089/bari.2013.0008>
  17. Romero C, Peralta S. Estudio de la Dinámica en familias con hijos/as con Síndrome de Down. \_\_Paraguay. EUREYA (internet). .2012 (consultado el 12/12/2015): 9(1); 69-77. Disponible en <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/eureka/v9n1/a08.pdf>
  18. Pérez L, Mercado M, Espinosa I. Percepción Familiar en la Enfermedad Crónica. México. Revista electrónica de Psicología (internet). 2011 (citado 14/07/2016); 14(4). Disponible en <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol14num4/Vol14No4Art15.pdf>
  19. Ávalos M, Arellano J. Manejo del Padecer Familiar. México DF. Corporación Inter-médica S.A de C.V. 2009.
  20. McGoldrich M, Gerson R. Genogramas en la Evaluación Familiar. España. Editorial Gedisa S.A.2003; 33-36
  21. Elzo J. Contrato social para una familia educadora: revista de investigación aplicada y experiencias educativas, ISSN 1576-5199 (interney). 2005 (citado 05/12/2015); 12; 151-160. Disponible en <file:///C:/Users/AITEC/Downloads/Dialnet-UnContratoSocialParaUnaFamiliaEducadora-2047084.pdf>
  22. Jiménez M. Amaris M. Valle M. Afrontamiento en crisis familiares. El caso de divorcio cuando se tienen hijos adolescentes. Salud Uninorte. Barranquilla (Colombia) (internet). 2012; (citado 18/12/2016); 28(1): 99-112. Disponible [www.redalyc.org/pdf/817/81724108011.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/817/81724108011.pdf) 2012
  23. Cabello M, Zuñiga J. Aspectos intrapersonales y familiares asociados a Aspectos intrapersonales y familiares asociados a la obesidad: un análisis fenomenológico la obesidad: CIENCIA UANL (internet). 2007 (citado 09/12/2015); 10(2): 183-188. Disponible en <http://eprints.uanl.mx/1770/1/OBESIDAD.pdf>



24. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y Sobrepeso. Enero de 2015 (consultado 02/11/2015). Nota descriptiva N°311. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
25. Moreno M. Definition and classification of obesity. *Revista Médica Clínica Las Condes* (internet). 2012 (consultado 04/12/2015); 23(2); 124-128. Disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012702882>
26. Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud-Salud en las Américas. Ecuador. 2013 (actualizado 13de abril de 2013) (consultado 03/02/2016) disponible en [http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?id=40:ecuador&option=com\\_content](http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?id=40:ecuador&option=com_content)
27. Torres M, Benavidez R, Siguencia W, Ortiz A, Añez RJ, Rojas J, et al. La Prevalencia de la obesidad en individuos adultos en las parroquias urbanas de la Ciudad de Cuenca, Ecuador, *Revista Síndrome*. 2013; 3 (4): 76
28. Sandoval I, Romero E, Vásquez E, González J, Martínez H, Sánchez E, et al. , Obesidad en niños de 6 a 9 años. Factores Socioeconómicos. Demográficos y disfunción familiar. *Rev Med.Inst.Mex Seguro Soc*. 2010: 48(5); 485-490
29. Ramalho, J, .Lachal, J, Bucher-Malusckhe, J.S.N.F. Moro, M,. Revah-Levy, A. A qualitative study of the role of food in family relationships: An insight into the families of Brazilian obese adolescents using photo elicitation (Article) *Journal January 01* (internet), 2016: 96; 539-545 Disponible en <http://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84946434215&origin=resultslist&sort=plff&src=s&st1=family+and+obesity&st2=&sid=32B937BB4B8F113E3645ADFEFDE6575B.WXhD7YyTQ6A7Pvk9AIA%3a10&sot=b&sdt=b&sl=33&s=TITLEABSKEY%28family+and+obesity%29&relpos=0&citeCnt=0&searchTerm=TITLE-ABS-KEY%28family+and+obesity%29#>
30. Reilly A, Mawn B, Susta D, Staines A, Browne S, Rose M. Lessons learned about primary weight maintenance: results from a qualitative study. *BMC Public Health* (internet). 2015 (citado 12/11/2016); 15:580. Disponible en <http://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84878373281&origin=resultslist&sort=plff&src=s&st1=family+and+obesity&nlo=&nlr=&nls=&sid=32B937BB4B8F113E3645ADFEFDE6575B.WXhD7YyTQ6A7Pvk9AIA%3a3510&sot=b&sdt=sisr&sl=33&s=TITLE-ABSKEY%28family+and+obesity%29&ref=%28estructura+familiar+y+obesidad%29&>



[relpos=0&citeCnt=1&searchTerm=%28TITLE-ABS-KEY%28family+and+obesity%29%29+AND+%28estructura+familiar+y+obesidad%29#](#)

31. \_Mora M. La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. Atenea Digital, 2002; 2:(7,8)
32. Materàn, A. Las representaciones sociales: como un referente teórico para la investigación educativa. Trujillo (2008)
33. Moñivas A. Epistemología y Representaciones Sociales: Concepto y Teoría. Revista de Psicología (internet). 1994, (citado 27-12-2016), 47(4), 409-419. Disponible <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2385297>
34. Piñero, S. La teoría de las representaciones sociales y la perspectiva de Pierre Bourdieu. Una articulación conceptual. Veracruz. (2008)
35. Rodriguez T. El Debate de las Representaciones Sociales en la Psicología Social. Guadalajara (internet). 2003 (citado 11/12/2016) disponible en [http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/6024965/El\\_debate\\_de\\_las\\_RS\\_en\\_psicologia\\_social.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1487611402&Signature=ETfRxH4BXQefEXIbWe%2FGGimD7mM%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DEl\\_debate\\_de\\_las\\_representaciones\\_social.pdf](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/6024965/El_debate_de_las_RS_en_psicologia_social.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1487611402&Signature=ETfRxH4BXQefEXIbWe%2FGGimD7mM%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DEl_debate_de_las_representaciones_social.pdf)
36. Corvalàn, F. 50 Años de Representaciones Sociales y Psicología: Campo Psy y Bifurcaciones y Desafíos. Rosario (internet). 2013 (citado 12-12-2016); 3(1), 114-127 Disponible <http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/ecos/article/view/1055/823>
37. Aguirre, E. Representaciones sociales y análisis del comportamiento social. Valencia España, Revista psicología online(internet) (consultada el 01/12/2016)
38. Dávila, H. Cambios en la representación social del conocimiento. México. Universidad de las Américas(internet). 2010(citado 14/01/2016). disponible en [catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/mce/davila\\_f\\_ha/capitulo1.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/mce/davila_f_ha/capitulo1.pdf)
39. Banchis, M. Conceptos de “Representaciones Sociales” Análisis Comparativo. Revista costarricense de psicología. 1986, 8(9), 27 a 40.
40. Flores R. Representaciones sociales del medio ambiente. México. 2008, 30 (120)



41. Marquez L. To be fat or thin? Social representations of the body among adolescents femaly students in Brazil. (internet). 2006, 7(5), 611-631 disponible en <https://ehlt.flinders.edu.au/education/iej/articles/v7n5/stenzel/paper.pdf>
42. Shelton Ja. ¿Dónde están las teorías de la familia en el tratamiento de la obesidad basada en la familia?: conceptualizar el estudio de las familias en el control de peso pediátrica. Int J Obes (Lond)(internet). 2012 Jul; 36 (7): 891-900. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3977510/>
43. Ocampo P. Perez A. Creencias y percepciones de las personas obesas acerca de la obesidad. México. Elseiver (internet). 2010, 36(6) disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-creencias-percepciones-las-personas-obesas-S1138359310000808>
44. Oliva P, Buhring K, Godoy S, Bustos M. Percepción de la función profesional del nutricionista por parte de los usuarios de Atención Primaria. Chile(internet). 2010. 37(2) disponible en [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182010000200004](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182010000200004)



## ANEXOS:

### ANEXO 1

#### RECURSOS FINANCIEROS

Cód.	Rubro	Presupuesto Estimado \$			Total \$
		Horas	Cantidad	Precio Unitario con IVA	
A	RECURSOS HUMANOS				
A1	Director	30 horas	1	\$30	\$900
A2	Asesor estadístico	20 horas	1	\$ 20	\$400
A3	Investigador	70 horas	3	\$ 10	\$700
A4	Transcriptor	30 horas	1	\$ 30	\$900
B	RECURSOS MATERIALES				
B1	Bibliografía		4	100	\$ 400
B2	Computadora		1	800	\$ 600
B3	Copias		30	0,01	\$ 0,30
B4	Genopro		1	30	\$ 30
B5	Wordle QDA Miner gratuito		1	30	\$ 30
B6	Grabadora portátil		1	40	40
	TOTAL				\$4100,30



67y

## ANEXO 2

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

*Este formulario de consentimiento informado está dirigido a los pacientes mayores de 18 años de edad con obesidad a quienes les vamos a pedir que participen en la investigación “Percepción de la persona con obesidad sobre su dinámica familiar” Cuenca. Enero – Agosto 2016”*

*El mismo dice lo siguiente*

He sido invitado a participar en una investigación sobre Estructura, Funcionalidad Familiar, cuyo objetivo es describir y analizar la dinámica familiar de las personas con obesidad. El estudio tiene una duración de 6 meses, durante este tiempo participaré activamente. Entiendo que ello significa que tendré que responder a una entrevista, luego elaborarán un familiograma, se aplicará el test de funcionamiento familiar (FF-SIL). He sido informado de que no hay riesgos en mi salud. Se me ha indicado que los resultados generales serán publicados para que otras personas interesadas aprendan de esta investigación, pero mis datos personales serán confidenciales. Soy consciente que no hay beneficio personal y no seré compensado. Los costos del estudio corren por cuenta del investigador es decir que para mí no tendrá costo alguno. Se me ha proporcionado el nombre de la investigadora que es la Dra. Miriann Mora la cual puede ser contactada fácilmente usando el número 0989651399 que se me dio.

Ha sido leída la información sobre el estudio. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Participo voluntariamente en este estudio y entiendo que tengo el derecho a retirarme en cualquier momento sin que afecte de ninguna forma la atención que merezco.

**Nombre del Participante** \_\_\_\_\_

**Teléfono:**

**Dirección:**

**Firma del Participante** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_ **Día/mes/año**



Universidad de Cuenca

**Nombre del Investigador: Dra. Miriann Mora**

**Firma del Investigador** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_ **Día/mes/año**

### **Anexo 3**

#### **ENTREVISTA**

## **UNIVERSIDAD DE CUENCA**

### **FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

#### **MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN DE LA SALUD.**

#### **PERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS CON OBESIDAD SOBRE SU DINÁMICA FAMILIAR. CUENCA 2016**

Soy Miriann Mora. Estudiante de la Maestría de Investigación en Salud de la Universidad de Cuenca, actualmente me encuentro trabajando en una investigación relacionada con la “Percepción de los personas con obesidad sobre su dinámica familiar”. La entrevista tendrá una duración de 20 minutos y la elaboración de su familiograma unos 10 minutos más. Toda la información que me será otorgada se mantendrá en estricta confidencialidad. Ud. no está obligado a responder alguna pregunta que no quiera, y puede abandonar la entrevista en cualquier momento.

Código del paciente \_\_\_\_\_

teléfono \_\_\_\_\_

#### **CAPITULO 1. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS**

¿Qué edad tiene usted actualmente?

¿Dónde vive actualmente usted?

¿A qué se dedica en la actualidad?

#### **CAPITULO 2. FAMILIOGRAMA**

Las siguientes preguntas sirven para conocer la estructura familiar

¿Me puede describir como está conformada su familia, desde sus padres hasta sus hijos?





Comencemos con la familia e su madre ¿cuantos hermanos tienen y en qué orden

¿Quiénes de los miembros antes mencionados viven con usted?

¿Cómo es la relación con los diferentes miembros de su familia? En la familia hay miembros que no se dirigen la palabra o que no se lleven. Hay miembros muy allegados que son los que más ayudan en momentos difíciles

¿Usted tuvo que hacer frente algún problema marital cual como ha sido el matrimonio de sus padres y hermanos?

¿Qué enfermedades se han presentado en la familia?

¿En su familia se han dado suicidios; embarazo en adolescentes; alcoholismo; madres solteras; violencia intrafamiliar? Esta pregunta realizar en forma espaciada

¿Cómo se llevan ustedes con cada hijo?, ¿algún miembros ha sido considerado como el problemático, el malo, el débil el dominante el sumiso. A quien se le considera cálido o frío el más cercano o el más distante?

¿Desde cuándo usted tiene problemas en su peso?

¿Cómo es el peso de los miembros de su familia, padres, hermanos, hijos, nietos si los tiene?

¿Qué miembro de la familia le apoya?

¿Qué miembro de la familia asumiría su rol en la casa?

¿Cuándo empezó a subir de peso?

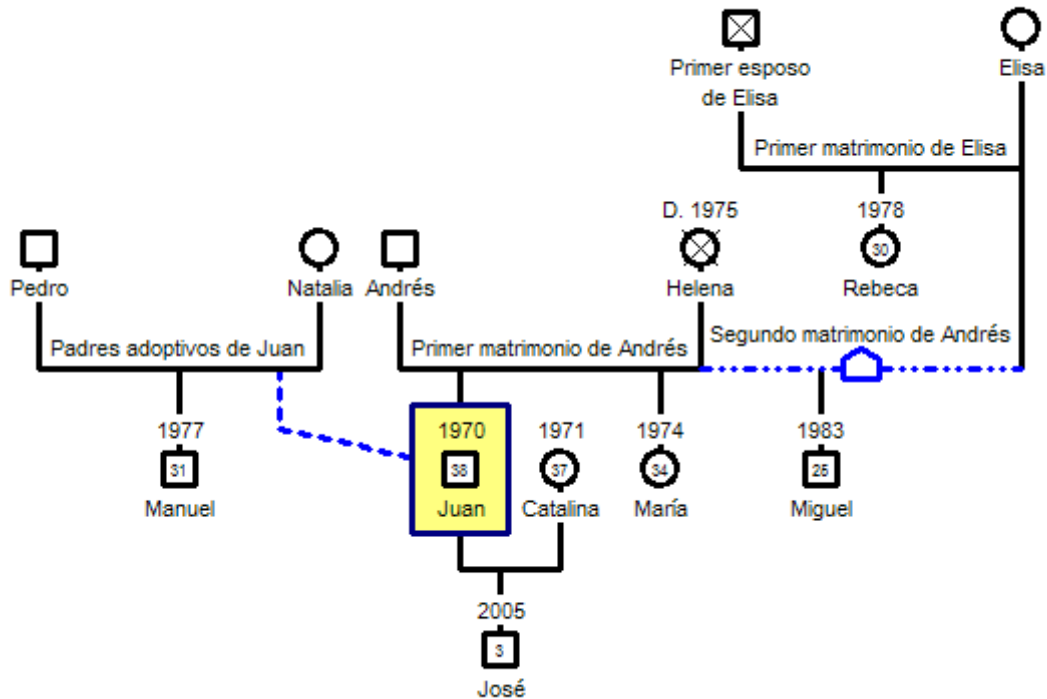
¿Cómo le ha afectado el peso en su vida diaria?

¿Cuáles son las actividades que desarrollan cada miembro de la familia?

¿Cómo se distribuyen las tareas adentro del hogar?

¿Usted tiene autoridad dentro de la familia?

## FAMILIOGRAMA O GENOGRAMA



## CAPITULO 3: FUNCIONALIDAD

Hasta este momento hemos hablado de su estructura familiar ahora vamos a conversar sobre la funcionalidad familiar

¿Qué función cumple usted dentro de la familia?

¿Algún miembro de la familia causa problemas que alteran el funcionamiento de la familia?

¿¿Cómo afrontan los problemas dentro de la familia?

¿Qué miembro de la familia le da más apoyo?

¿Cómo es la comunicación entre los miembros de la familia?

¿Qué tema causa más conflicto en la familia?



Ahora le voy hacer algunas preguntas acerca de cómo se siente usted con respecto a su familia, para lo cual le pido responder con casi nunca, pocas veces, a veces muchas veces o casi siempre.

## FUNCIONALIDAD FFSIL

	Casi nunca 1	Pocas veces 2	A veces 3	Muchas veces 4	Casi siempre 5
1. Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia					
2. En mi casa predomina la armonía					
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.					
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10. Las costumbres					



familiares pueden modificarse ante de_ terminadas Situaciones					
11. Podemos conver_ sar diversos temas sin temor.					
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar a_ yuda en otras personas					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

- 1 y 8 ..... Cohesión  
 2 y 13 ..... Armonía  
 5 y 11 ..... Comunicación  
 7 y 12 ..... Permeabilidad  
 4 y 14 ..... Afectividad  
 3 y 9 ..... Roles  
 6 y 10 ..... Adaptabilidad

#### *Escala Cuantitativa*

Casi nunca 1 punto  
 Pocas veces 2 puntos  
 A veces 3 puntos  
 Muchas veces 4 puntos  
 Casi siempre 5 puntos

Cada situación es respondida por el usuario mediante una cruz (x) en la escala de valores cualitativas, según su percepción como miembro familiar. Al final se realiza la sumatoria de los puntos, la cual corresponderá con una escala de categorías para describir el funcionamiento



Universidad de Cuenca

familiar

De 70 a 57 puntos Familia funcional

De 56 a 43 puntos Familia moderadamente funcional

De 42 a 28 puntos Familia disfuncional

De 27 a 14 puntos Familia severamente disfuncional<sup>6</sup>